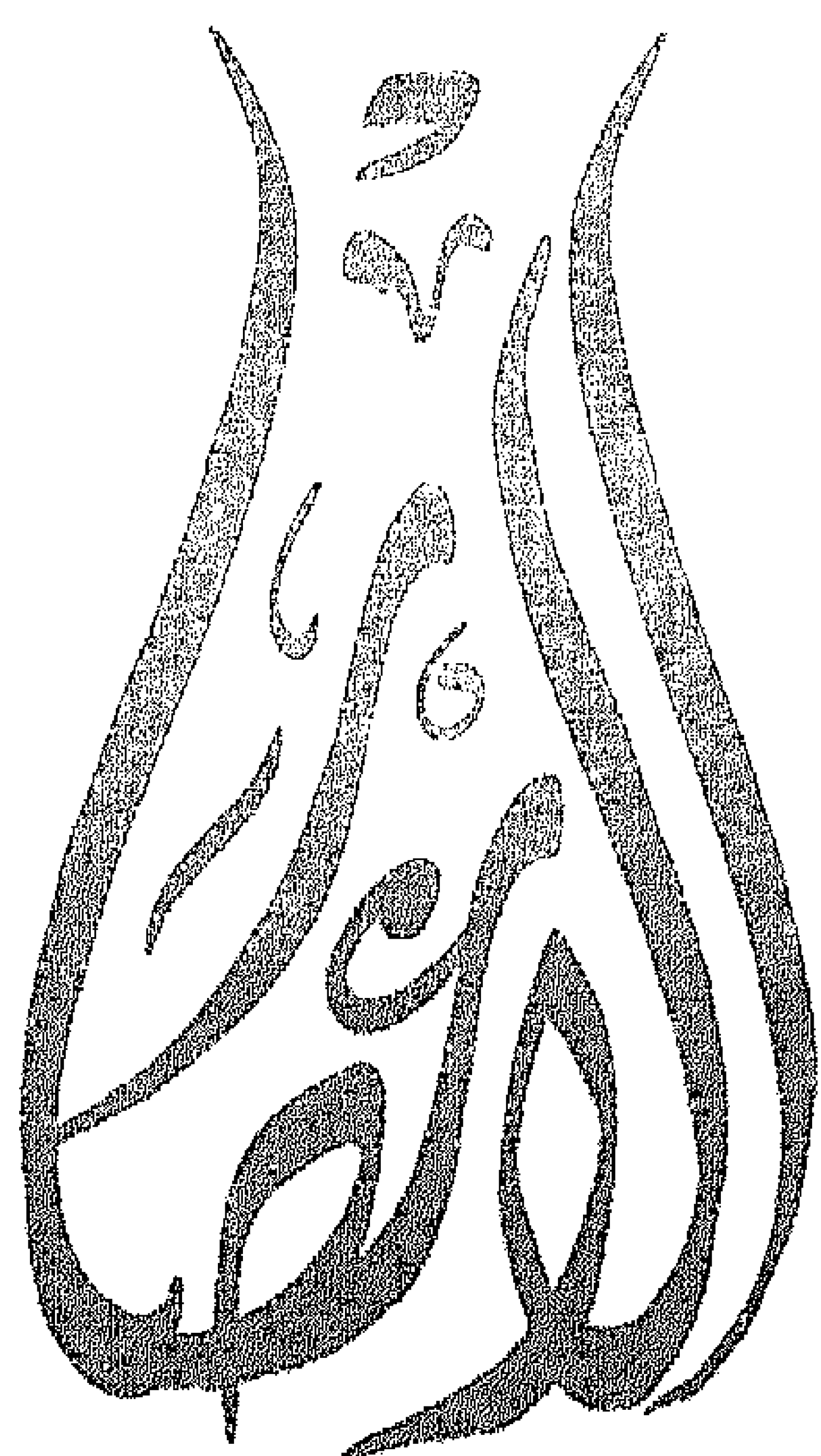
سيكولوجية الطفل
الرافض للمدرسة

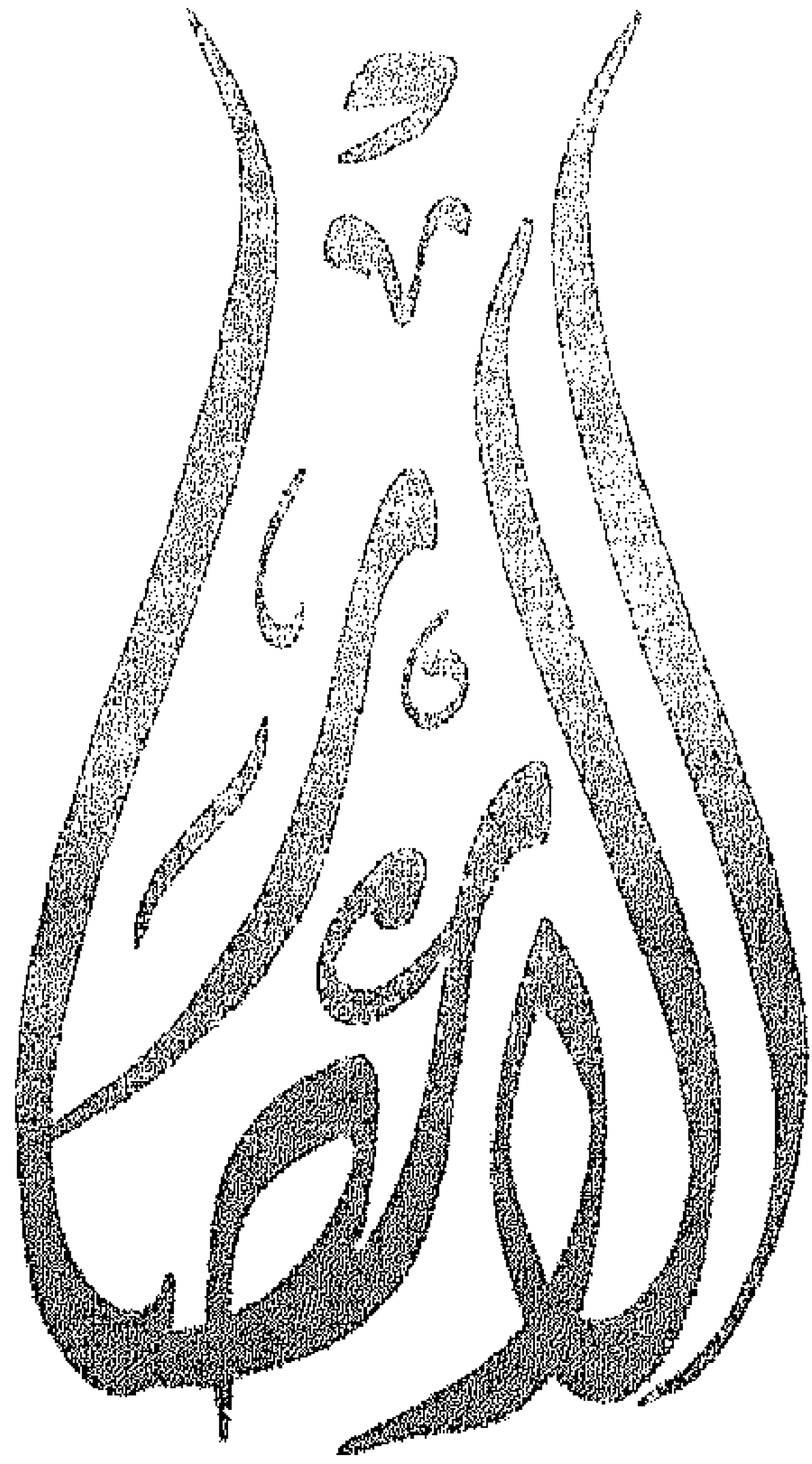
الأستاذ الدكتور
رياض نايل العاسمي
أستاذ العلاج النفسي بجامعة دمشق
كلية التربية



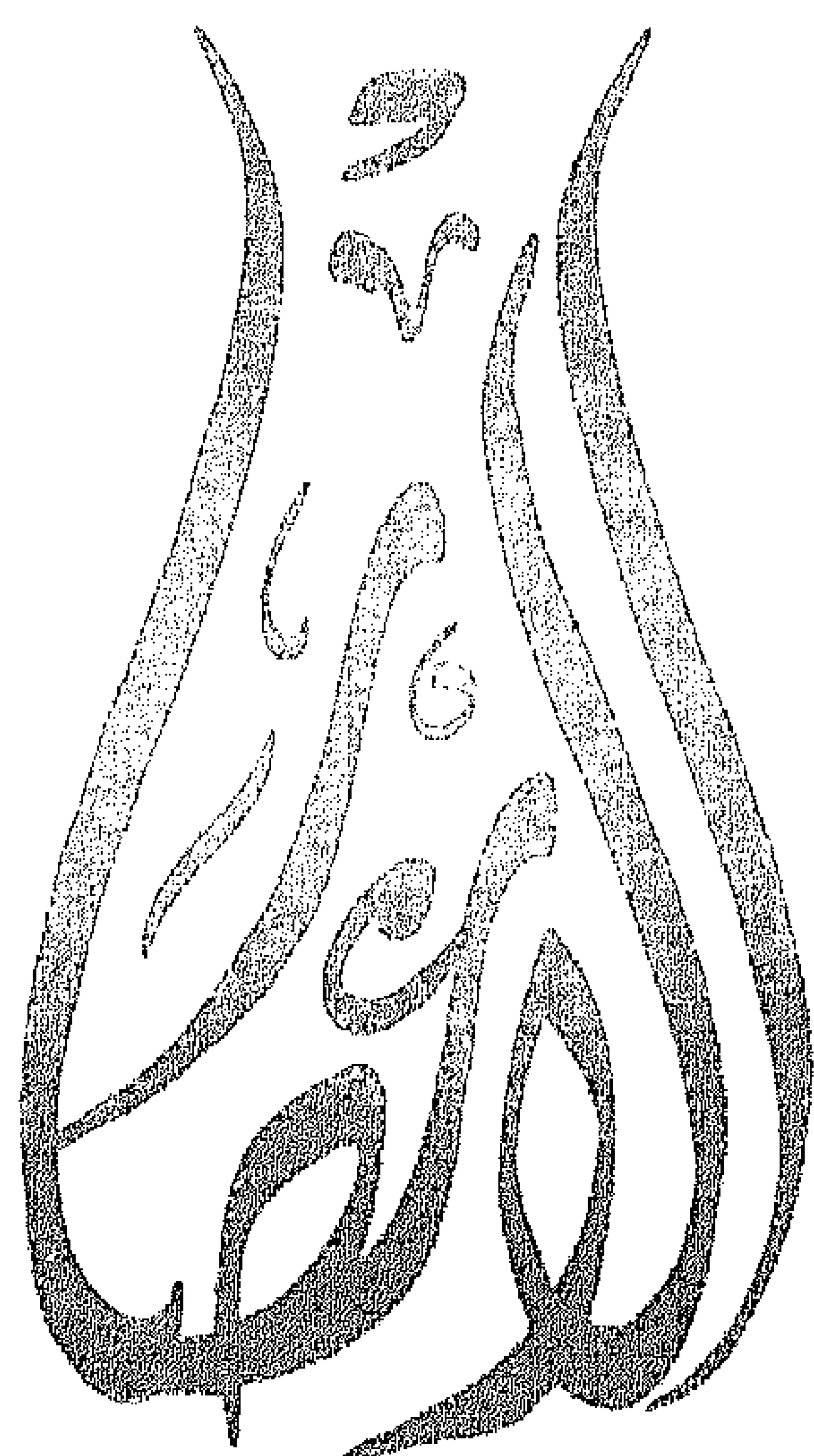
للنشر والتوزيع



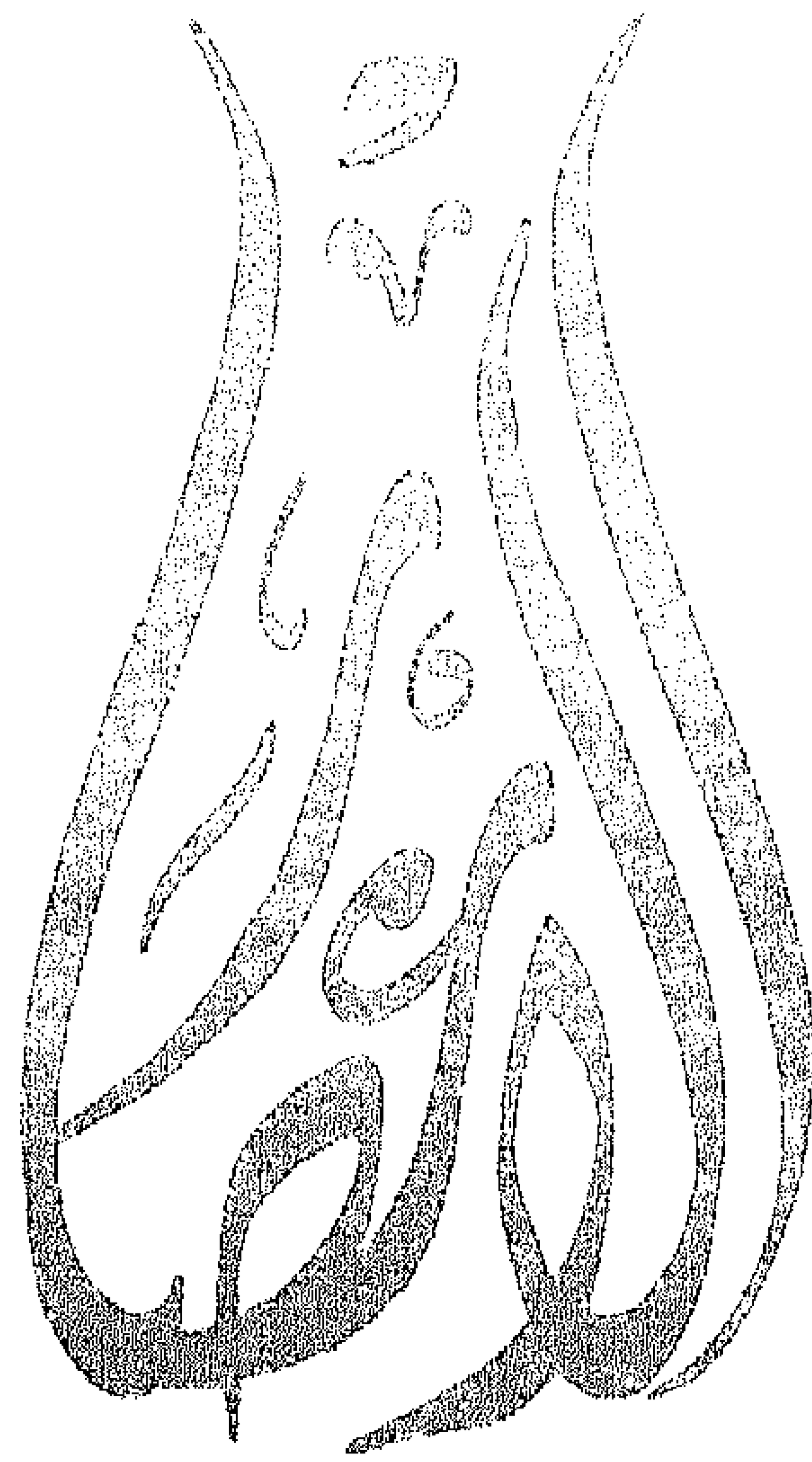
للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع

سيكولوجية الطفل
الرافض للمدرسة

سيكولوجية الطفل الرافض للمدرسة

تأليف

الأستاذ الدكتور

رياض نايل العاسمي

أستاذ العلاج النفسي بجامعة دمشق

كلية التربية

الطبعة الأولى

2015م – 1436هـ



رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2014/3/1444)

155.412

العاسمي، رياض نايل

سيكولوجية الطفل الرافض للمدرسة/ رياض نايل العاسمي.- عمان:

دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، 2014

(   ) ص

ر.أ. : 2014/3/1444

الواصفات: /سيكولوجية الطفولة//المدرسة/

• يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

عمان – الأردن

الطبعة العربية الأولى

2015م – 1436هـ



الأردن – عمان – وسط البلد – شارع الملك حسين

مجمع الفحيص التجاري

هاتف: 96264646208+ فاكس: 96264646470+

الأردن – عمان–مرج الحمام – شارع الكنيسة –مقابل كلية القدس

هاتف: 96265713906+ فاكس: 96265713907+

جوال: 797896091 – 00962

info@al-esar.com – www.al-esar.com

ISBN 978-9957-586-37-9 (ردمك)

المحتويات

الموضوع	الصفحة

الفصل الرابع

أسباب الخوف المرضي من المدرسة

الفصل الخامس

النظريات المفسرة

للخوف المرضي من المدرسة

الفصل السادس

الخوف المدرسي

"التشخيص والتنبؤ"

الفصل السابع
العلاج النفسي
لخوف الأطفال من المدرسة

الفصل الثامن
قضايا تشخيصية وعلاجية

الملاحق
"أدوات تشخيصية وتطبيقية"

قائمة المراجع

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الكتاب

إنَ من يتتبع اهتمام دول العالم المتحضر بالأطفال والطفولة يدرك تمام الإدراك مدى فهم هذه الدول لما تقدَمه من خدمات وأعمال في هذا المجال على المستوى النفسي والاجتماعي والأكاديمي؛ وذلك بغية تهيئة مناخ نفسي سليم وآمن يحقق ما تتطلَع إليه هذه المجتمعات من نمو أفضل لأطفالها، انطلاقا من المبدأ القائل إنَه لا حياة سعيدة ومطمئنة على المستوى النفسي والانفعالي لدى الشخص الرَاشد دون طفولة سوية ومستقرة، لذلك فإن هذه الدول تحاول أن تقدَم كل أشكال الدعم والرعاية للأطفال وخصوصاً في مراحل نموَهم الأولى ؛ فهم يقدمون عددًا من المؤلفات العلمية المزودة بالعديد من الإرشادات والتوجيهات لمساعدة الأسرة والمدرسة على تنشئة أطفالها التنشئة السليمة والبعيدة عن الانحراف والاضطراب النفسي باعتبار الأطفال يشكَلون عماد أيَة أمة ومستقبلها وأملها في تحقيق ما يتطلَع إليه المجتمع من أسباب الرَخاء والتَقدَم.

ومما لاشك فيه، أن الأطفال في مراحل نموَهم يمرَون بمشكلات كثيرة تعيق نموهم وتوافقهم النفسي والاجتماعي والتي تكون القاعدة والأساس للكثير من الاضطرابات النفسية الخاصة بمرحلة الطفولة كالتَبول اللاإرادي والانطواء الشديد، التوحد (الذاتوية Autism) والقلق، والعناد الشارد، والنشاط الزائد، والخوف من الأشياء والمواقف والأماكن:كالخوف من الحيوانات والأشباح والظلام والغرباء والخوف من المدرسة. . . إلخ.

إنَ الأطفال الذين تتملَكهم بعض المخاوف السابقة معرَضون للتصرف بعصبية وانفعال شديد عند مواجهة هذه المواقف ممَا تعيق توافقهم على المستوى العقلي والاجتماعي، ولكن عندما يعانون الخوف من بعض الأماكن العامة

كالمدرسة على سبيل المثال، فإن الأمر يصبح مشكلة كبيرة تحتاج إلى حلول جذرية؛ لأنَ المدرسة هي المؤسسة الرَسميَة الثانية بعد المنزل وهي المسؤولة عن تربية وتعليم الأطفال ثقافة المجتمع بقيمه وعاداته. . . فإذا أصبحت مثيراً مخيفاً بالنسبة للطفل فإن هذا يعدُ مؤشراً سلبياً لاضطراب البيئة التي يعيش فيها الطفل. كما أنّ الخوف الذي يعاني منه الطفل يعتبر ألد أعداء الشخصية السوية لدى الطفل هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن التراث السيكولوجي في مجال الطفولة قدم الكثير من الدراسات والأبحاث المتعلقة بالصحة النفسية للأطفال وما يعترضهم من مشكلات، كما قدم الكثير من الأساليب الإرشادية والعلاجية لمواجهة تلك الاضطرابات التي يعانون منها في مرحلة الطفولة إلا أن هذه الأبحاث وخاصة العربية منها لم تمط اللثام – بالبحث والدراسة – عن مشكلة حقيقية تواجه الكثير من الأطفال عند التحاقهم بالمدرسة الابتدائية ألا وهي مشكلة خوف الطفل من المدرسة أو رفضه الذهاب إليها School Phobia حيث تثير هذه الظاهرة الموجودة عند بعض الأطفال الكثير من التساؤلات لدى الآباء والمعلمين والمهتمين بشؤون الطفل حول حقيقة هذا الخوف، والأسباب الكامنة وراءه، والأساليب العلاجية المثلى للتخفيف من حدته.

ومن أجل هذا:

خصص الفصل الأول للحديث عن مخاوف الطفولة وتطورها وأشكالها كمدخل للموضوع. وتناول الفصل الثاني الخوف المرضي من المدرسة: مفهومه، وأشكاله التصنيفية وعلاقته بالاضطرابات النفسية الأخرى. كما تضمن بعض الجوانب الديمغرافيّة المحيطة بالطفل الخائف من المدرسة، مثل: المستوى الاجتماعي الاقتصادي، ترتيب الولادة، الفروق بين الجنسين (الذّكور/الإناث) في المخاوف المدرسيّة. وانفرد الفصل الثالثبيان الأعراض الرئيسة للخوف من المدرسة وكذلك الأعراض الثانوية الأخرى المصاحبة لهذا الخوف: كالمستوى الدراسي (التحصيلي) درجة الذكاء (حاصل الذكاء) والاكتئاب. وَعرض الفصل الرابع

بالتفصيل الأسباب الرئيسة للخوف المرضي من المدرسة، مثل الأسباب المتعلقة ب: الطفل والأسرة المدرسة، والأسباب الصحية والوراثية.

وتناول الفصل الخامس النظريات النفسية المفسرة للخوف المدرسي لدى الطفل وأهمها: نظرية التحليل النفسي ونظرية قلق الانفصالوالنظرية السلوكية، ونظرية الذات. وعالج الفصل السادس الإجراءات التشخيصية لظاهرة الخوف المدرسي من وجهة النظر التكاملية، وتطور ومآل الخوف المدرسي باعتباره المسؤول عن الكثير من اضطرابات سن الرشد كما أكد ذلك جون بولبي. أما الفصل السابع فتناول بعضاً من الأساليب العلاجية لمواجهة هذه الظاهرة لدى بعض الأطفال كالأساليب القائمة على نظرية التحليل النفسيوالأساليب والفنيات السلوكية التقليدية (الكلاسيكية) والإجرائية والعلاج المعرفي والعلاج الأسري والعلاجات الدوائية.

وأخيراً فقد تناول الفصل الثامن قضايا إرشادية وعلاجية حول كيفية التعامل مع الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة، دافعية الطفل للعلاج والوقت المناسب للتدخل العلاجي وإجراءات سير العملية العلاجية والمكان المناسب للمقابلة... إلخ.

وقد اختتم هذا الفصل ببعض الإرشادات العامة التي تخص القائمين على تربية الطفل كالآباء والمربين والمؤسسات المسؤولة عنه حول كيفية وقاية أطفالهم من هذا الاضطراب والأساليب العلمية لمواجهته في حال وجوده. كما زود الكتاب بملحق تناول المؤلف فيه بعضاً من الاستبيانات والاختبارات التي تساعد المربين والأهل على تشخيص هذا الظاهرة تشخيصاً دقيقاً وتمييزها عن الاضطرابات الانفعالية الأخرى وذلك عندما تحدث لأطفالهم.

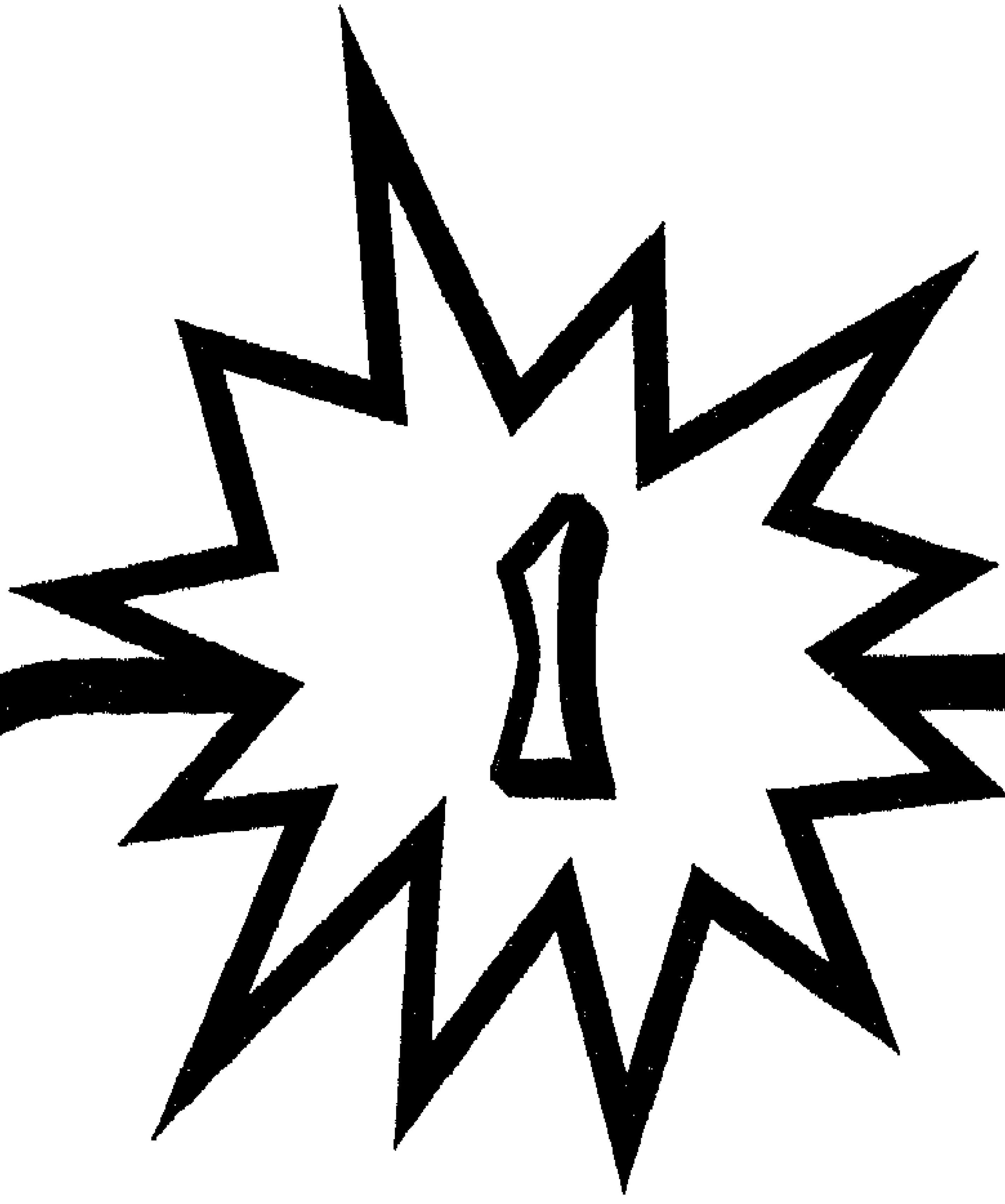
وفي النهاية أرجو من الله سبحانه وتعالى أن أكون قد ساهمت بجهد متواضع في إثراء المكتبة العربية، ولكل مهتم بالطفولة ومشكلاتها ببعض المعلومات التي تساعد على إلقاء المزيد من الضوء على ظاهرة خوف الطفل من الذهاب إلى المدرسة وأسبابها الظاهرة والحقيقية، بهدف لفت الأنظار إلى خطورتها على المدى القريب والبعيد.

وعلى الله قصد السبيل

دمشق في 2012/8/19

الأستاذ الدكتور

رياض نايل العاسمي



مخاوف الأطفال وتطورها

الفصل الأول
مخاوف الأطفال وتطورها

مقدمة:

لمّا كان الاهتمام بالطفل وبالطفولة من أهم المعايير والمحكّات الاجتماعية والإنسانية التي على أساسها يقاس تقدم الأمم والشعوب في هذا العصر، لذا أكدت الأبحاث النظرية والتطبيقية في مجال الطفولة أهمية مرحلة الطفولة باعتبارها القاعدة والأساس في بناء وتكوين شخصية الطفل وتحديد اتجاهاته في أيامه اللاحقة. وفي كثير من الأحيان أصبحنا نسمع أصواتاً تؤكد أن "الطفولة صانعة المستقبل " ومجددة لبنيان المجتمع من خلال إمداده بالكفاءات والطاقات اللازمة لاستمراره وتقدمه. وبناءً على ذلك كان على المجتمع بمؤسساته التربوية والثقافية والاجتماعية أن يركز العناية والاهتمام بمرحلة الطفولة ؛ تلك المرحلة الهامة التي يجب فيها إرساء دعائم السلوك السوي لحياة الطفل المستقبلية.

ويمرّ معظم الأطفال خلال مسار نموهم ببعض المشكلات النفسية، أو بفترات مؤقتة من الاضطرابات الانفعالية التي كثيراً ما تكون جزءاً لا يتجزأ من النمو نتيجة للتغيرات البيولوجية أو الفيزيولوجية، أو لزيادة الضغوط الاجتماعية والأسرية، أو لحدوث تغيرات بيئية في محيط الطفل المادي.

وتكمن أهمّية تناول المشكلات التي تعوق نمو الطفل وتقدمه في كونها لا تنتهي عند سن معينة، وإنما قد تستمر معه إلى مراحل متقدمة من العمر ، لذلك فإن آثارها النفسية والاجتماعية والجسدية لا تعود على الطفل فحسب بل على المجتمع ككل، ومن ثم فإن مواجهة مشكلات الطفولة ومعرفة أسبابها وطرائق علاجها تُعدّ أمراً هاماً تعنى به سائر المجتمعات على اختلاف أنظمتها، وخصوصاً بعد أن أثبتت الدراسات والأبحاث العلمية في هذا المجال أن مصدر الكثير من الأمراض النفسية والعقلية عند الراشدين هي صدمات نفسية حدثت لهم في مرحلة

الطفولة، وأن بعض الأمراض والاضطرابات النفسية في مرحلة الرشد، إنما هي امتداد لاضطرابات نفسية نشأت وترعرعت في الطفولة. ويرجع ذلك إلى أن مرحلة الطفولة المبكرة هي مرحلة تكوينية مهمة في حياة الفرد، حيث يتم فيها تشكل نموه العقلي والانفعالي والاجتماعي والجسمي ...كما تؤثر هذه المرحلة تأثيراً عميقاً في حياة الفرد المقبلة رشده وشيخوخته؛ ففي هذه المرحلة – مرحلة الطفولة – توضع البذور الأولى لشخصية الطفل، وتكوين الإطار العام لتلك الشخصية بجوانبها المختلفة.

وقد شغلت الاضطرابات النفسية psychological disorders التي يتعرّض لها الأطفال في سنيَ حياتهم المبكّرة اهتمام القائمين على تربية الطفل ورعايته، سواء من قبل علماء التربية أم علماء النفس أم علم الاجتماع أم الأطباء النفسيين، والتي ترجع الأسباب في معظمها إلى أسباب نفسية وتربوية، وإن تبدت أعراضها في مظاهر خارجية متنوعة مثل:الكذب، السرقة، العدوان، التبول اللاإرادي، النشاط الزائد، الاكتئاب والانطواء إضافة إلى المخاوف النوعية كالخوف من الظلام، الخوف من الآخرين الخوف، من الحيوانات... الخ.

هذا، وتُعدّ المخاوف المرضية أو الفوبيا Phobias بأنواعها المختلفة من أكثر الأعراض العُصابية شيوعاً، خصوصاً لدى الأطفال. ويمكن التنبؤ بها خلال مراحل نموهم.

(23، 748)[1]

ونتيجة ذلك، فإن المخاوف المرضية تمثل الاستجابة العُصابية الأولى للأطفال، وبناء على ذلك فقد أكد العديد من العلماء في مجال التربية وعلم النفس أن العُصاب (Neurosis) عند الأطفال: هو المخاوف المرضية، هذا بالإضافة

(1) يشير الرقم الأول إلى موضع المرجع في قائمة المراجع، بينما يشير الرقم الثاني إلى رقم الصفحة.

لكونها تمثل نقطة البداية في كثير من الحالات العُصابية والذهانية، كما أنها تعتبر عاملاً مشتركاً بين هذه الحالات جميعها.

(27 ،9)

وفي هذا الصّدد يذكر"أوتوفينخل" (1969) Ottofenichel أنّ الاستجابات العُصابية الأولى للأطفال تتخذ – كقاعدة عامة – صورة هستيريا القلق، حيث يخلط "فينخل" بين "الفوبيا" و"هستيريا القلق" ويعدّهما مترادفين، بينما يفرق بين عصاب القلق وهستيريا القلق؛ ففي عصاب القلق هناك توتر داخلي عام يترجم عن نفسه في قلق دائم يطفو طليقاً أو في استعداده للقلق. أما في هستيريا القلق فإن القلق يرتبط نوعياً بموقف خاص يمثل الصراع العُصابي. فالشخص السوي أمام الخطر يستحدث نوعاً من الخوف تستفيد منه الأنا، بينما الشخص العُصابي يستجيب لخطر واقعي بالذعر بدلاً من أن يشعر بالخوف، فإنه بالطريقة نفسها يستجيب لخطر وهمي بالذعر.

(27 ،4)

هذا، وقد أوضح" هندرسون وباتشيلور" (1962) Oendrson and Batchelor أن الكثير من الحالات النفسية تبدأ بالمخاوف المرضية، ثم تتطور إلى أعراض العُصاب القهري Obsessive – Neurosis، وقد ينتهي بها الأمر إلى أعراض البارانويا، أو الفصام الزوري (Paranoia Schizophrania).

وهذا الرأي إشارة واضحة لأهمية المخاوف المرضية في تشكل الاضطرابات النفسية والعقلية ، إذ يرى زهران إن المخاوف المرضية تمثل (20٪) من مجموع الحالات التي تعاني من الاضطرابات العُصابية.

لذلك تُعدّ المخاوف المرضية التي يعاني منها بعض الأطفال من أهم الاضطرابات النفسية في مرحلة الطفولة ، والتي تترك أبعد الآثار غوراً أو أكثر

استمراراً في نفس الطفل.و يقول علماء النفس في هذا الصدد: إن الطفل يولد وهو مزود بنوعين من المخاوف: الخوف من الأصوات العالية، والخوف من السقوط من مكان مرتفع.

ومع اتساع خبرات الحياة لدى الطفل تأخذ أنواع أخرى من المخاوف طريقها إلى الظهور، كالخوف:

- من الانفصال عن أحد الوالدين.
- الخوف من الحيوانات.
- الخوف من الموت.
- الخوف من الظلام.
- الخوف من الغرباء.
- الخوف من المدرسة... إلخ.

ولو أمكن استبعاد الخطر الذي يشعر الطفل بأنه يهدد كيانه وأضفينا على البيئة الأمن والطمأنينة، فإن الخوف المرتبط بشيء ما سوف ينتهي إلى الزوال. أما إذا أصبح الموضوع الذي يهدد كيان الطفل حقيقة واقعة ، وعانى منه ألماً جسمياً أو صدمة نفسية فقد تتشكل في عقل الطفل اللاشعوري عقدة الخوف.

وليس ثمة دليل على أن أية حالة نفسية يمكن أن تنتقل من الأبوين إلى الطفل، ومع ذلك فهناك حقيقة لا تقبل الشك وهي أن خوف الآباء يمكن أن ينتقل إلى الأبناء عن طريق: الإيحاء والتقليد، والتأثير اللاشعوري، وبذلك تقترن عقولهم اللاشعورية بالخوف (Fear).

وعلى هذا الأساس، فالخوف حالة انفعالية طبيعية يشعر بها الفرد في بعض المواقف الحياتية المختلفة، فيظهر هذا الخوف في أشكال متعددة وبدرجات متباينة ، تتراوح بين الحذر والهلع والرعب والعجز الكلي في مواجهة المواقف التي أثارت في نفسه الخوف.

وبناءً على ذلك، فكلما كانت درجة الخوف في الحدود الطبيعية المعقولة – وتتناسب مع شدة المثير المولد للخوف كان الفرد سوياً، ويتمتع بصحة نفسية سليمة، وأمكنه السيطرة على مخاوفه، ولكن كلما كانت درجة الخوف كبيرة لدرجة يتعذر معها السيطرة عليه بالعقل والمنطق فإنه من المتوقع أن يعاني الفرد الخوف المرضي أو الرهاب.

الخوف الطبيعي والخوف المرضي:

إن الخوف حالة انفعالية طبيعية يشعر بها كل إنسان في بعض المواقف الحياتية المختلفة، فيظهر هذا الخوف في أشكال متُعددة نتيجة لخطر حقيقي يهدد حياة الإنسان وسلامته في حالة عدم الاستجابة لهذا الخوف. فالطفل الذي يخاف من النار هو في الواقع طفل يجنب نفسه خطر الاحتراق والتسبب في أذى ربما يلحق به نتيجة عدم الابتعاد عنها، لذلك فالخوف الطبيعي أسلوب يستخدمه الفرد ليحمي نفسه من الأخطار المتوقعة التي ستحدث له. فهو يساعده على تجنب الوقوع في الخطر، لذلك فالخوف العادي هو خوف يحفظ الفرد ويساعده على مواصلة النمو الذاتي والتقدم فيه؛لأن هذا الخوف يجعل الفرد أكثر حرصاً في عمله وأشد التفاتاً إليه من أي شخص آخر، وقد يبعث في نفسه الرغبة في القيام بعمل مبدع خلاق. فالطبيب الجراح الذي يوكل إليه القيام بعملية جراحية خطرة يتعرف من خلال خبرته – وقبل إجراء العملية – على النواحي المختلفة التي ستمر بها العملية، فهو بعمله هذا يصبح جراحاً ماهراً. ثم أنه لخوفه على سمعته وعلى حياة مريضه يهدف إلى التقدم وإلى زيادة الحيطة والحذر.

(36،10)

وبناء على ذلك يعرف الخوف بأنه: حالة انفعالية طبيعية يشعر بها الإنسان في بعض المواقف المختلفة في حياته، ويسلك فيها سلوكاً يبعده عادة عن مصادر الخطر والضرر. (29 ، 316) أو هو استجابة انفعالية تدفع الفرد إلى تجنب

المثير الذي أخافه، أوهو حيلة دفاعية يلجأ إليها الفرد للدفاع عن نفسه بطريقة أو أخرىبغية إبعاد التوتر الداخلي الناشئ عن الموضوع الذي أثار خوفه.

(9،2)

كما ينظر إلى الخوف الطبيعي بأنه خوف موضوعي وعقلاني من خطر حقيقي وموضوعي، وهو متناسب مع الموقف الذي استدعى استجابة الخوف؛ فالطفل الصغير حين يذهب إلى المدرسة لأول مرة، يواجه بعض مشكلات التكيف مع البيئة الجديدة ببعديها المادي والبشري، مما يجعله يشعر بالخوف تجاه المدرسة باعتبارها بيئة غريبة عنه، ولكن هذا الخوف يزول تدريجياً، ويعود الطفل إلى المواظبة إلى الذهاب للمدرسة بشكل منتظم، ولا يعاني بعد ذلك من مشكلات تكيفية بهذا الخصوص.

لذلك يمكن القول:إن مخاوف الطفل من البيئة الجديدة أو الغريبة أمر طبيعي، لأنه لا يستطيع – حتى هذه اللحظة – التمييز والتحكم الذاتي بانفعالاته، نتيجة لعدم نمو المدارك العقلية لديه بصورة كافية.أما الخوف المرضي فهو عبارة عن خوف من أشياء أو موضوعات لا تثير الخوف بطبيعتها عند عامة الناس أو لا تثيره بالدرجة نفسها من الشدة، إذ لا يتفق حجم الخوف مع مقدار الخطر المتضمن في المثير، وإنما يزيد عليه، لذلك فالخوف المرضي خوف لا عقلاني أو غير منطقي يدرك الفرد في قرارة نفسه أنه خوف عقلاني، ولكنه مع ذلك لا يستطيع التخلص منه والسّيطرة عليه.

يعرف" الرفاعي" الخوف المرضي بأنه:"خوف متسلط ملح ومتكرر الظهور من شيء أو موقف من غير أن يكون هذا الموقف يثير خوفاً موضوعياً يتناسب مع المثير، وأنه خوف لا تبرره الأسباب الشعورية ، يظهر ملحاً في مظاهر الهلع عند الفرد ورغبته الشعورية في أن يهرب من الموقف الذي أفزعه.

(292 ، 51)

فالخوف مثلاً من كلب عرف بشراسته هو خوف طبيعي ومعقول، لأن الخوف هنا كان سببه مثير موضوعي، أما الخوف من كل كلب حتى وإن كان وراء الحواجز والقضبان الحديدية، يظهر أنه لا يستطيع أن يتخطاها فهو خوف لا تبرره الأسباب الشعورية، وهذه الحالة هي خوف مرضي، ولم تُعدّ ظاهرة انفعالية وظيفية هدفها حماية العضوية، بل أصبح الخوف ضرباً من الإزاحة لانفعال معين عن موضوعه الأصلي الذي ابتعد عن ساحة الشعور والوعي.

والإزاحة في الخوف المرضي كما يفسرها "أتو فينخل" تكشف أن الدفاع لا يقتصر على تجنّب القلق بتجنب المواقف التي يمكن أن تطلق القلق، وقيام البدائل يثبت أنّ الكبت وغيره من الآليات الدفاعية يستخدم أيضاً، لذلك فإن الطرق التي تسلكها الإزاحة تحددها عوامل متباينة إلى حد كبير في تاريخ حياة الفرد؛ ولهذا فإن دلالة المخاوف المرضية لا يمكن فهمها بغير دراسة لتاريخ الفرد، وإلى حد ما تتوقف الطرق التي تسلكها الإزاحة على طبيعة الميول المكبوتة.

(5، 215 – 218)

وبناء على هذه الرؤية تعرّف مدرسة التحليل النفسي الخوف المرضي على أنه صورة من صور القلق العُصابي، وأن قوته لا تتناسب مطلقاً مع الخطر الحقيقي الذي ينتج عن الشيء أو المثير موضوع الخوف، كالخوف منالحشرات، الفئران، الظلام، المدرسة... إلخ وفي كل حالة من هذه الحالات يكون الخوف غير معقول على أساس أن منبع القلق كامن في "الهو" وليس في العالم الخارجي، ووراء كل خوف مرضي رغبة بدائية عند "الهو" في الموضوع الذي يخشاه المرء، فكأن الشخص الذي يبتعد عن الموقف المخيف يرتبط بموضوع الخوف أو يرمز إليه.

أما السلوكيون التقليديون فيعرّفون الخوف المرضي بأنه " رعب مرضي أو خوف غير متناسب مع التهديد الفعلي الذي يمثله هذا الموضوع.

(18، 39)

كما يرون أيضاً أن الخوف المرضي عبارة عن خوف مزاح (Displased)، وينشأ بطريقة مختلفة عن المخاوف التشريطية. ففي حالة المخاوف التشريطية يكون الخوف ناجماً عن خبرة سيئة مباشرة مع الموضوع المخيف، بينما في حالة المخاوف المرضية يكون الخوف مزاحاً من موضوع أصلي إلى موضوع بديل، كأن تتم إزاحة الخوف لدى الطفل من الابتعاد عن الأم إلى موضوع خارجي كالمدرسة على سبيل المثال، حيث يشعر الطفل بالخوف من المدرسة أو رفضه الذهاب إليها رغم عدم تعرضه لأية خبرة مباشرة من جانبها، وقد يستثمر الطفل هذه المخاوف ليضمن البقاء بجانب الأم.

بينما ركز السلوكيون الجدد على التشريط الكلاسيكي في نشأة الأمراض العُصابية من بينها المخاوف المرضية، حيث يرى "إيزنك" (Eyzenck ،1978) أنّ العُصاب حالة من الاستجابة التشريطية المفرطة.

أما نظرية التعلم فترى في المخاوف المرضية التي يعاني منها الأطفال هي عبارة عن عادات تم تعلمها في فترة من فترات حياة الطفل.

وبناءً على ذلك: فالخوف المرضي هو حالة خوف متطرفة وغير منطقية، وقد تتضمن أيضاً توقعاً مستمراً لموقف مخيف لا يستند إلى أساس واقعي ولا يعرف الفرد سبباً حقيقياً لهذا الخوف، لذلك فهو حالة ملحّة ومكدّرة وغير منطقية رغم أن الفرد يعرف تماماً — من الناحية الشعورية — أن هذا الموقف المخيف لا يشكل خطراً حقيقياً له، وأن هذه الفكرة (غير المنطقية) تجبره على أن يتجنب هذا الموضوع ويبتعد عنه، ومن ثم فهو يسلك سلوكاً قهرياً.

يلاحظ من التعريفات التي قدمها العلماء والباحثون في مجال علم النفس والطب النفسي حول المخاوف المرضية أو المخاوف الشاذة تدور — في الغالب — حول نقاط عدة أهمها:

1. إن المخاوف المرضية هي خوف دائم من موقف أو موضوع غير مخيف بطبيعته.
2. إن هذه المخاوف لا تستند إلى أساس واقعي أو منطقي.

3. إن هذه المخاوف تقع خارج السيطرة والتحكم بها، أي خارجة عن إرادة الفرد.
4. إنها تؤدي بالفرد الذي يعاني منها إلى تجنب المواقف التي يخاف منها.
5. إنها تفوق في شدتها المثير الذي استدعى الخوف.
6. إنَ الخبرة المخيفة المتعلقة بشيء أو شخص أو مكان أو موقف تمتد إلى أشياء عدة أو مواقف ترمز إلى الموضوع الأول للخوف، بمعنى آخر: إن ظاهرة التعميم تكون واضحة في الخوف المرضي.
7. غالباً ما تبدأ خبرة الخوف المرضي بموقف مخيف حصل أيام الطفولة، وأن الفرد لا يستطيع تذكّر حدوث تلك الخبرة، لأنها مكبوتة في اللاشعور (العقل الباطن).

الفرق بين الخوف والخوف المرضي:

ذكرنا آنفاً أنَ حالة الخوف باعتبارها ظاهرة طبيعية موجودة عند أغلب الناس عندما يواجهون أخطاراً حقيقية في بعض المواقف الحياتية، وأنّها ضروريّة لحماية الفرد من الأخطار والأضرار التي تهدد سلامته وأمنه. وتحدثنا أيضاً عن الخوف المرضي وأشرنا إلى:أنّه خوف شديد لا يبرره الواقع، ويصل إلى درجة تدفع الفرد إلى الهروب وتحاشي المواقف المخيفة رغم قناعة الفرد بعدم منطقية هذا الخوف.

وهنا، قد يتبادر إلى الذهن سؤال مهم، مفاده:هل هناك فروق حقيقية بين كلٍ من الخوف الطبيعي (Fear) والخوف المرضي (Phobia)؟ . وللإجابة على هذا التساؤل يمكن القول: إن العلماء في مجال علم النفس والتربية والطب النفسي قد أكدوا من خلال الأبحاث والملاحظات السريرية أن هناك فرقاً واضحاً بين كل من المفهومين، وأن الخلط بينهما يرجع إلى التشابه بين الأعراض والحالة النفسية التي يكون عليها الفرد عندما يعاني من الخوف والخوف المرضي أو العُصابي.

وأهم الاختلافات مايلي:

1. إنَ كليهما (الخوف والخوف المرضي) حالة انفعالية مدركة، ولكن الشدّة الانفعالية في حالة الخوف المرضي تكون أشدّ وأعنف من حالة الخوف الطبيعي.
2. إنَ ديمومة الآثار الانفعالية للخوف المرضي أطول من الآثار الناجمة عن حالة الخوف الطبيعي، والتي تزول بزوال الموقف أو المثير المسبب للخوف، بينما في حالة الخوف المرضي فإن الآثار الانفعالية لا تزول بهذه السرعة.
3. إن الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة للخوف المرضي كزيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم والتقلص العضلي تكون أشدّ وأعنف وأكثر ديمومة من الأعراض المصاحبة لحالة الخوف الطبيعي.
4. إنَ الخوف يغدو عقلانياً وواقعياً إذا كان متناسباً مع شدة المثير المولد للخوف بينما يبدو لاعقلانياً عندما لا يتناسب مع حجم وكمية المثير الذي ولد الخوف المرضي.
5. إنَ الأسباب التي تؤدي إلى الخوف المرضي تبدو في أغلب الأحيان غير واضحة المعالم بالمقارنة مع حالة الخوف الواقعي أو المنطقي.
6. إنَ الخوف الطبيعي أو العادي يزول من خلال توفر عوامل الأمان والسلامة، بينما لا تكفي وجود هذه الوسائل لكي يزول الخوف في الوضع المرضي، ولكنه يستمررغم وجود عوامل الأمان.
7. إنَ الفرد الذي يعاني من الخوف المرضي لا يكون قد عانى فعلاً من ضرر وإيذاء من الموقف أو الشيء الذي أخافه مقارنة بالخوف العادي، مثال ذلك الخوف من الشياطين والأرواح الشريرة أو رؤية الدماء.
8. إنَ الخبرة المؤلمة والمخيفة إذا خرجت من ساحة اللاشعور إلى ساحة الشعور، فإن خروجها يثير الشعور بالذنب أو الإثم مما يجعل خروجها إلى الشعور مؤلماً للفرد. وهذا الأمر يختلف عن حالة الخوف العادي الذي لا يُظهر شعوراً بالذنب أو الإثم عند الفرد الخائف.

العلاقة بين الخوف والقلق:

أصبح من الواضح أنَ عصرنا الحاضر يتميّز بالقلق Anxiety وذلك نظراً لما يشهده من أحداث وظروف ومتغيرات متزايدة، بحيث أصبح هذا العصر متغيراً يثير القلق بحد ذاته، بل تحول من مجرد نتيجة إلى سبب يؤدي إلى ظهور الكثيرمن الأعراض العُصابية، حتى أن بعضهم يعدّونه (أي القلق) جوهر العُصاب ومصدراً لكثير من الأمراض النفسية والجسمية.

والقلق من زاوية أخرى: انفعال إنساني ذو حدة وشدة، ورغم ما هنالك من زخم في الدراسات ووفرة فيها، فلم تختلف البحوث بشأن أيّ انفعال كما اختلفت في شأنه، فقد تعدّدت الآراء بصدده، وتباينت وجهات النظر إليه، حيث يرى بعضهم أنَ القلق انفعال من قبيل الوبال، إذ ينذر بالخطر وسوء المنقلب والمآل، فهو أساس المرض النفسي وجوهره، ويصاحب – فضلاً عن ذلك – كل الأعراض الجسمية والأسقام والعلل، بينما يرى بعضهم الآخرأنَ القلق هو الدافع وراء كل إنجاز ضخم، والباعث خلف كل أداء عظيم. ومن ثم فإن القلق من وجهة النظر هذه مرغوب فيه، ويدلّلون على آرائهم هذه بالعديد من الأمثلة لعباقرة عانوا القلق أمثال تولستوي وفرانكل وهمنغواي وابن رشد وغيرهم، وتألّموا لما أصابهم من مشقة وضيق، ورغم ما واجهوه من ظلم وقسوة في محيطهم الاجتماعي والفكري إلا أنهم لم يفقدوا الأمل والرجاء بغدٍ أفضل.

(11 ،1)

ومما تقدم يمكن القول: إنَ درجة معتدلة من القلق تُعدّ صحية وإيجابية في حياة الفرد ؛ لأنها تدفعه نحو العمل الجاد والمتقن، والمبني على أهداف واضحة، وكذلك لدرء الأخطار الممكنة أو المحتملة التي يتعرض لها (الإنسان) في صراعه اليومي مع الحياة. فالقلق في هذه الحالة هو باعث وحافز إيجابي يساعد في الحفاظ على الذات، والنجاح في مسيرة الحياة... ولكن المشكلة تكمن في ازدياد شدة درجة القلق، وفي استمراره دون سبب واضح أو معقول، لذلك يسمى القلق في هذه الحالة "

قلقاً مرضياً " Morbid anxiety أو" قلقاً عصابياً "Neurotic Anxiety لأنه قلق مزمن غير مبني على أسس موضوعية، إضافة إلى مصاحبته لأعراض جسمية ونفسية كثيرة دائمة إلى حدّ كبير.

(19،19)

ويعرف "زهران" (1978) القلق بوجه عام "بأنه حالة من التوتر الشامل والمستمر تحدث للفرد نتيجة توقعه لخطر يهدده سواء أكان خطراً حقيقياً أو رمزياً. وهذه الحالة يصحبها خوف غامض، بالإضافة إلى بعض الأعراض النفسية والجسمية".

(289،15)

أوهو عبارة عن حالة انفعالية شديدة يعاني منها الفرد عندما يواجه خطراً واقعاً أو متوقعاً في المستقبل مع تعرّض الفرد من جرّاء ذلك لشكل أو آخر من أشكال التّهديد في كيانه الشخصي أو الأخلاقي، ومصاحبة هذه الحالة الانفعالية تغيرات فيزيولوجية مختلفة، كزيادة في عدد ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم والتقلص العضلي وجفاف الفم وأعراض سيكوسوماتية (جسمية ذات أصل أو منشأ نفسي) كالغثيان والقرحة، والاضطرابات المعوية... الخ.

والقلق في رأي"فينخل" (1969) هو عبارة عن خبرة انفعالية مؤلمة تنتج عن استثمارات في أعضاء الجسم، وهذه الاستثمارات تنتج منبهات داخلية أو خارجية يتحكم فيها الجهاز العصبي، والقلق مرادف لانفعال الخوف. ولكن فينخل فصل القلق عن الخوف ؛ لأن الخوف يفهم منه عادة الخشية من شيء في العالم الخارجي، في حين أن فرويد رأى أن الإنسان يمكن أن يخاف من أخطار داخلية كما يخاف من أخطار خارجية.

(242،5)

والمخاوف المرضية أقرب ما تكون للقلق المباشر، ففي حالات المخاوف المرضية يتحدد الخوف بأن يتركز حول موضوع بعينه، ويمكن للفرد أن يتجنبه، إلا أنَ هذا التحديد والتجنب كثيراً ما يفشل ويبدأ الطفل عملية تعميم ينتقل بعدها من الخوف من الموضوع ذاته إلى الخوف من كل ما يتّصل بهذا الموضوع. وهذه العملية تمثل برأي "شعلان" (1979) نوعاً من الجذب للعودة إلى حالة القلق الشامل التي تجنبها الطفل في الأصل عن القلق رغم أن المخاوف المرضية هي صورة من صور القلق العُصابي.

(80 ،44)

ويرى "فينخل" أن المخاوف المرضية أو كما سمّاها " هستيريا القلق " تختلف عن القلق؛ فالقلق خبرة انفعالية مؤلمة غير محددة المصدر، ومن ثم يصعب تجنبها. وأثناء محاولات الفرد لتجنب التوتر، فإنه يزيح هذا القلق أو يسقطه على موضوع خارجي يتمكن من تجنبه. ومن ثم يمكن رد المخاوف المرضية إلى عملية التجنب (Avoidance).

(252 ،5)

وهنا يتبادر إلى الذهن السؤال التالي:

ما العوامل التي تدفع الطفل الذي يعاني من القلق إلى اختيار طريق الخوف المرضي للهرب من القلق بدلاً من اختيار طريق آخر؟ والإجابة على هذا التساؤل تبدو من خلال أثر الفروق الفردية بين الأطفال في هذا الاختيار، وإلى مكانة الخوف الأولي نفسه والصراعات التي يعانيها الطفل، وسهولة هذا الطريق في الهرب، إضافة إلى خبرات الطفولة في هذا الاختيار. فقد يرجع الخوف إلى الصراعات والإحباطات التي عجز الطفل في حلها وإسقاطها لتظهر على شكل مخاوف من أشياء لا تثير الخوف بطبيعتها، أو نقله من موضوع ذاتي إلى موضوع آخر يرمز إليه، كأن نقول: إنَ الخوف من الأب كما في حالة الطفل " هانز " الذي شخصه فرويد

(عن طريق تقرير الأب) هو خوف داخلي قد تحوّل ليظهر في شكل الخوف من الخيول، وهناك شكل يرجع فيها الخوف إلى مثيراته الأصلية؛ فالطفل الذي عضه أحد الكلاب وتسبب في إيذائه، ليس من المستغرب أن يخاف من كل الكلاب التي يصادفها في طريقه.

أما نقاط التشابه والاختلاف بين الخوف المرضي والقلق فيمكن إجمالها في الآتي:

أولاً: نقاط الاتفاق:

1. إن كلاً من القلق والخوف حالة انفعالية مزعجة تسبب للفرد الضغط والتوتر الداخلي.
2. كل منهما يستثار بوجود خطر يتهدد الفرد وسلامته الجسمية أو الشخصية.
3. كل منهما إشارة خطر تدعو الفرد إلى استخدام بعض أساليب للدفاع عن نفسه، كالهرب أو المواجهة أو الموارية أو الاستسلام .... الخ.
4. تصحب كلاً منهما تغيرات فيزيولوجية واضحة كارتفاع ضغط الدم تصبب العرق زيادة عدد ضربات القلب، وتغيرات داخلية غير واضحة كزيادة نسبة السكر أو زيادة مادة الأدرينالين في الدم.
5. إن للقلق أشكالاً وأنواعاً منها:القلق الموضوعي الذي يكون مصدره خارجياً وفي هذه الحالة يشبه حالة الخوف من حيث مصدر التهديد للفرد.
6. إن حالة الخوف قد تكون في بعض الأحيان غير متناسبة مع شدة المثير المولد للخوف، فقد يكون الخوف أشد مما يستدعيه الموقف المثير، وبذلك يشبه القلق من هذه الناحية.

ثانياً: نقاط الاختلاف:

أما أوجه الاختلاف بين القلق والخوف فيمكن إجمالها في الآتي:

1. يكون موضوع الخوف معروفاً من الشخص ومدركاً، ولا يكون على هذا النحو في حالة القلق.
2. الأصل في الخوف أن يكون موضوعه موجوداً في العالم الخارجي، ولا يصدق ذلك في كل أشكال القلق؛ فالمثير المسبب للقلق في أغلب أشكاله ذاتي وليس له وجود في العالم الخارجي.
3. إنَ وضوح الخطر في حالة الخوف لا يكون معادلاً لوضوح الخطر في حالة القلق، حيث يكون الخطر في حالة الخوف أكثر وضوحاً من حيث مصدره الخارجي، بينما لا يكون وضوح الخطر بارزاً في أغلب حالات القلق.
4. إن الفرد الذي يعاني من القلق يضفي أو يسقط من نفسه على الموقف أكثر مما يفعل في حالة الخوف، لأن الشخص القلق يعبر عن استجابته هذه بمعانٍ داخلية، كما أنه يصف العالم الخارجي بهذه المعاني الذاتية.
5. إن أغلب حالات القلق يكون الخطر موجهاً إلى كيان الشخصية، بينما لا يكون هذا الأمر في حالة الخوف.
6. يشعر الفرد في حالة القلق بالعجز نحو المصدر المجهول، ولا يكون هذا الشعور بالعجز منطلقاً في حالة الخوف.
7. حالة الخوف عابرة ومؤقتة، بينما حالة القلق أكثر استمرارية وديمومة.
8. يصاحب كلاً من القلق والخوف تغيرات فيزيولوجية متعددة، ولكن الآثار التي يتركها القلق من الناحية الفيزيولوجية أقوى من الآثار التي يتركها الخوف.

بشكل عام: إنَ قلق الطفل يصبح منفصلا عن موضوع أو موقف معين في حياته اليومية ويزاح إلى موقف ما في شكل خوف مرضي نوعي، كما أن الخوف الذي يشعر به الشخص في وجود موضوع معين أو خبرة بعينها هو في الحقيقة

الخوف المزاح من قلق ناتج عن مكونات داخل البنية النفسية التحتية (الشعورية واللاشعورية) له.

مخاوف الأطفال وتطورها:

هناك شبه إجماع بين العلماء على أنَ الأصوات العالية الفجائية والأشياء المتحركة، والخوف من الدخول في النوم هي أهم المثيرات الأولى للخوف في الطفولة المبكرة، (أي في السنة الأولى والثانية تقريباً من عمر الطفل) خصوصاً إذا كان موضوع التعلق. وهو غالباً الأم. بعيداً عن الطفل. وبتقدم نمو الطفل تزداد مثيرات الخوف وتختلف في النوع، ففي السنة الثانية وحتى الخامسة، قد يخاف الطفل من الأماكن الغريبة غير المألوفة ومن الوقوع من مكان مرتفع، ومن الغرباء، والحيوانات والطيور التي لم يألفها. كما أن الطفل يخاف مما يخاف منه الكبار حوله لأنه يقلدهم، أي أن الطفل يتأثر إلى درجة كبيرة بمخاوف غيره (الآباء، الأمهات، الأقران...) سواء كانت واقعية أم غير واقعية، أما مخاوف الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة فتتجلى في: الخوف من الآباء، الخوف من الانفصال، الخوف من المدرسة...

ويمكن إجمال مخاوف الأطفال في موضوعات رئيسية هي:

1. الخوف من الحيوانات (مخاوف حسية) كالخوف من الأفاعي أو الفئران أو القطط أوالكلاب الحشرات أوالخوف الأحصنة ... الخ.
2. الخوف من رؤية السلوكيات العدوانية لدى الآخرين، مثل مشاعر الغضب أوالضرب أو الأصوات العالية أو فقدان التحكم.
3. الخوف من الغرباء.
4. الخوف من الموت والأذى كالخوف من الجروح، مشاهدة العمليات الجراحية، موت الناس وحوادث السيارات.
5. مخاوف ذات شكل أخلاقي: كالخوف من العذاب في الآخرة.

6. الخوف من الظلام وما يرتبط به من مخاوف أخرى كالخوف من الوحدة.
7. الخوف من أشياء غير محسوسة، كالخوف من العفاريت، الأشباح.
8. الخوف من الأماكن: كالخوف من الركوب في المصاعد، الأماكن المزدحمة، السفر بالطائرة، الخوف من المدرسة.... الخ

وما يجب ذكره هنا، أن انفعال الخوف عند الطفل يظهر في صورة فزع يبدو على أسارير وجهه، وقد يكون مصحوباً بالصراخ. ثم يتطور في سنواته الأولى — بعد السنة الثانية — إلى الصياح والهرب المصحوب برعشة وتغيرات في خلجات الوجه، أو إلى الكلام المتقطع، وقد يكون الخوف مصحوباً بالعرق الغزير، وزيادة في نبضات القلب، والتوتر العضلي، أو التبول اللاإرادي في بعض الأحيان.

هذا، ويمكننا الحكم على درجة مخاوف الطفل وشدتها بمقارنتها بمخاوف أغلب الأطفال ممن هم في سنه، . فإذا كان هذا الخوف في الحدود المعقولة فإنه يعدُ خوفاً طبيعياً ومفيداً لسلامة الطفل ونموه على المستوى النفسي والانفعالي، أما إذا كان شديداً ومبالغاً فيه، فإنه سوف يضر بصحة الطفل النفسية والسلوكية والاجتماعية والانفعالية عاجلاً أم آجلاً. لذلك فالمخاوف التي يعاني منها الأطفال كثيرة ومتنوعة — كما ذكرنا آنفاً — مثل:الخوف من الظلام، الأشباح والعفاريت، الخوف من المدرسة أو رفض الطفل الذهاب إليها.

والخوف من المدرسة School Phobia كغيرة من أنواع المخاوف المرضية التي يعاني منها بعض الأطفال يعدّ سلوكاً مكتسباً يتعلّمه الطفل خلال تنشئته الاجتماعية كالحماية الزائدة، والتدليل الزائد، والخلافات الأسرية، إضافة إلى الخبرات التي يتعرض لها الطفل في المدرسة. وقد يكون الخوف لدى الطفل راجعاً إلى الخوف من الغرباء، وبعد المدرسة عن مكان إقامة الطفل ؛ لأن ذهاب الطفل إلى المدرسة يحتوي على صدمتين كما يقول إنجلش وجيرالدبيرسون (1958) وهما: صدمة الانفصال عن الوالدين، والخوف من الغرباء.

(185 ،27)

لذلك، فإن هناك عدداً من الأطفال والمراهقين يعانون من مشكلات تتعلق بتوافقهم في البيئة المدرسية، وتتجلى هذه المشكلات في رفض الذهاب إليها أو الخوف منها، ويبدو ذلك بعد الدخول إليها في حالات، وقبل الدخول إليها في حالات أخرى، وهذا ما دفع بعض علماء النفس للقول بوجود نوع من الخوف العُصابي باسم الخوف من المدرسة (School Phobia).

والواقع: إن الخوف من المدرسة موجود لدى بعض الأطفال، حيث يظهر بصورة طبيعية في حالات، وقوي وملح في حالات أخرى، ولكن يغلب فيه أن يكون معقداً، ولا يمت بصلة إلى شكل مرضي محدد، لأنه ينطوي على عدد من المخاوف والاضطرابات النفسية والشخصية، إضافة إلى وجود أعراض مرضية تلازمه وتصاحبه تكون مختلفة كل الاختلاف عن أعراض المخاوف الأخرى، كما أن أسبابه كثيرة ومتداخلة مع بعضها بعضاً، لذلك فقد تحدث الكثير من علماء النفس أمثال "جون بولبي" و"برودوين" مطولاً عن هذا الاضطراب النوعي الذي يعاني منه بعض الأطفال أثناء حياتهم الدراسية باعتباره المشكلة الانفعالية الأهم من بين المشكلات التي يعاني منها الأطفال، وتساءلوا عن حقيقة هذا الخوف؟ وما أسبابه أو الدوافع الكامنة خلفه؟ وما الأعراض الأساسية البادية في سلوك الطفل الذي يعاني منه؟ وما الأساليب العلمية في تشخيص هذا الخوف؟ وما الطرائق المثلى لعلاجه أو التخفيف من حدته؟ هذه الأسئلة وغيرها كانت في الغالب موضوع نقاش من قبل الآباء والمعلمين والمهتمين بشؤون الطفل وذلك عندما تواجههم مشكلة كهذه.

لذلك، سوف نحاول في الفصول التالية التركيز على هذا الخوف (الخوف المرضي من المدرسة) على اعتبار أن هذا الذي يعيشه الطفل ليس خوفاً خيالياً، ولكنه خوف موجودعند كل الأطفال باختلاف أعمارهم، ومشكلة موجودة في كل المدارس على اختلاف أنواعها، وأن كثيراً من هؤلاء الأطفال يكونون مرضى بالفعل، لكن عملية اكتشاف وتشخيص هذا الاضطراب تشخيصاً موضوعياً يعدّ تحدياً كبيراً لدى المشتغلين في مجال الصحة النفسية على امتداد الوطن العربي، وذلك لتعدد

العوامل التي تساهم في تفجره، وتداخل أعراض هذه العوامل مع بعضها بعضاً. وبالرغم من أهمية هذا الموضوع بالنسبة لكل اسرة عربية وخصوصاً في بداية ذهاب أطفالهم إلى المدرسة لأول مرة، إلاّ أن هذا الموضوع لم يلق الاهتمام الكافي بالبحث والرعاية. لذلك آثر الباحث تسليط الضوء عليه، لعل من يجد فيه المعرفة والفائدة التطبيقية في مساعدة أبنائه في الانتظام في المدرسة.

2

مفهوم الخوف المرضي من المدرسة

الفصل الثاني

مفهوم الخوف المرضي من المدرسة

مقدّمة:

تكثر المخاوف عادة في مرحلة الطفولة المبكرة نتيجة لعدم قدرة الطفل على إدراك العالم الخارجي وفهم ما يدور فيه وهذا أمر طبيعي؛ فهناك الخوف من الحيوانات والخوف من الظلام والخوف من الغرباء والخوف من الوحدة ... إلخ. وهذه المخاوف سرعان ما تزول وتختفي بشيء من التوجيه والرعاية والإرشاد، لكن بعض المخاوف قد تظهر في مرحلة الطفولة المتوسطة بصورة تختلف عن مخاوف الطفولة المبكرة من حيث شكلها ونوعها، وخطورتها، واستمرارها أو ديمومتها حيث ترتبط هذه المخاوف بالمواقف الجديدة التي يتفاعل معها الطفل، كالمدرسة بوصفها بيئة جديدة بالنسبة له.

وأكثر المخاوف انتشاراً في مرحلة الطفولة المتوسطة هي الخوف من المدرسة school phobia أو رفض الذهاب إليها، والذي يظهر عند التحاق الطفل بالمدرسة في حالات، أو بعد الدخول والاستمرار فيها في حالات أخرى. ويعبر هؤلاء الأطفال عن خوفهم هذا من خلال الصعوبة في المواظبة على الذهاب إلى المدرسة والذي يمكن ملاحظته في سلوكهم كمظاهر الاحتجاج والرّفض والعناد والبكاء أحياناً، والتّذرّع بحجج غير مقنعة أحياناً أخرى وذلك عند إرغامهم الذهاب إلى المدرسة. ويقترن هذا الاحتجاج – في كثير من الأحيان – باضطرابات انفعالية ووجدانية حادة تفضي إلى أعراض مرضية بدنية مثل: الصداع وآلام المعدة أو الغثيان أو القيء... إلخ.

ويذكر "كيلي " killy (1973) أنّ المخاوف المدرسية التي تظهر عند بعض الأطفال تعبّر عن نفسها بطرائق وأساليب متنوعة وبدرجات متباينة من الشدة والحدة، وأن هذه المخاوف تتوقف على عوامل متعددة منها:

1. عمر الطفل.
2. مستوى نضجه.
3. ودور الحضانة التي مرّ بها.

فالأطفال الصغار الذين يلتحقون برياض الأطفال قد يبكون ويتعلقون تعلقاً شديداً بأمهاتهم، في حين يُظهر الأطفال الأكبر سناً هلعاً حاداً في سلوكهم بالإضافة إلى مشاعر أخرى مثل الخوف من أذى قد يصيبهم أثناء ذهابهم إلى المدرسة أو بقائهم بها، لأن ذهاب الطفل إلى المدرسة يعدّ تغيراً مفاجئاً في حياته إذ ينتقل من مناخ الأسرة القائم على الارتباط العاطفي الطيب إلى مناخ المدرسة المتشدد نوعاً ما. كما أن الطفل عند ما يواجه - لأول مرة في حياته - مناخاً كذاك الذي وجده في المدرسة كالنظام الصارم والأعداد الكبيرة من الراشدين والتلاميذ... كل هذا يعدّ مبرراً قوياً لخوف الطفل من المدرسة.

والخوف من المدرسة كغيره من أنواع المخاوف الأخرى التي يتعرض لها بعض الأطفال هو عبارة عن سلوك متعلّم أو مكتسَّب يتعلمه الطفل خلال تنشئته الاجتماعية كالحماية الزائدة والتدلل الزائد والخلافات الأسرية وقلق الأم على طفلها وشدة تعلقها به والخبرات غير السارة التي يتعرض لها الطفل في المدرسة... إلخ.

مفهوم الخوف من المدرسة:

يلاحظ في الطفولة المتوسطة (من السادسة حتى الحادية عشرة) بعض الانخفاض في حدة المخاوف البدنية المرتبطة بسلامة البدن، فنجد أن خوفهم من المرض أوالجراثيم يقل، كما يقل خوفهم من الأطباء، ويلاحظ أيضاً انخفاض في شدة الخوف من الكلاب والظلام..الخ

يمكننا القول إن هذا الخوف يزداد في هذا السن، وقد يكون عدم الاستحسان والنبذ من جانب الآباء عاملاً مساهماً في خوف الطفل من المدرسة، ويظهر في

مقدمة الصورة: الخوف من الفشل الدراسي أو الخوف من المعلمين أو الخوف من التلاميذ الكبار...

والخوف من المدرسة هو أحد مخاوف الطفولة الذي جذب الكثير من الانتباه والاهتمام، ليس لكونه معيقاً لنمو الطفل من الناحية النفسية والاجتماعية والانفعالية فحسب، بل لكونه خوفاً حقيقياً وتجنباً صارماً لا يزول مع مرور الوقت في كثير من الأحيان.

وبناء على ذلك فقد اختلف العلماء في تحديد هذا المفهوم، فمنهم من أطلق عليه مصطلح " رفض المدرسة " School Refusal، ومنهم من أطلق عليه مصطلح "قلق الانفصال" Separatiam anxiety، ومنهم من عدّه شكلاً من أشكال "الهروب من المدرسة" Truency.

وقد وصفت الأبحاث المبكرة مصطلح عدم ذهاب الطفل إلى المدرسة بمصطلح "الهروب من المدرسة"؛ فقد رد "كلاين " Kline (1897) هروب الأطفال من المدرسة إلى غريزة الهجرة المشابهة لهجرة الطيور والحيوانات في بعض الفصول.

(7 – 6 ،62)

بينما وصف "برودوين" Broadwin (1932) الهروب من المدرسة على أنه غياب متعمد من المدرسة رغم عدم وجود أسباب واضحة لذلك، حيث اعتبر أن الصعوبات التي تتسبب في غياب الطفل عن المدرسة هي أعراض لاضطرابات في الشخصية يعاني منها الأطفال ذوي "العُصاب القهري "، أو الذين لديهم شخصية عُصابية من نوع العُصاب القهري (Obsessive Neurosis).

وقد لاحظ "برودوين" أن هؤلاء الأطفال يخافون من شيء مرعب يحدث لأمهاتهم، مما يجعلهم يسرعون إلى المنزل للاطمئنان على أمهاتهم من أجل تخفيف القلق الذي يعانون منه. كما أن هؤلاء الأطفال يصرحون في أحيان أخرى بأنهم خائفون من المدرسة أو خائفون من المعلم. أو خائفون من الأطفال الأكبر منهم

سناً، إلا أن برودوين قلل من شأن هذه التصريحات كمبررات للحديث عن مزيد من الأعصبة ذات الصبغة الانفعالية العميقة الجذور.

(253 ،65)

ويبدو أن الملاحظة الأولى التي قدمها برودوين حول خوف الطفل من حدوث مكروه لأمه أثناء وجوده في المدرسة ثبتت صحتها في كثير من الدراسات بعد ذلك، مثل: دراسات يونج، ميلاني كلاين (1932)، ويونج (1913)، وهذا يعني أن ما يبدو أنه خوف من المدرسة هو في الحقيقة خوف من مغادرة المنزل وترك الأم لوحدها.

هذا، ويعدّ "برودوين" أول من وصف الخوف من المدرسة، وكان لوقت متأخر يعدّه شكلاً من أشكال الهروب من المدرسة. ويعرّف الطفل الخائف من المدرسة بأنه " الطفل الغائب عن المدرسة لفترات زمنية متقطعة بدءاً من أيام عدة أو شهور ولغاية سنة أو أكثر، وفي معظم مرات الغياب يكون الوالدان على علم بذلك ". وقد مهدت الدراسات المبكرة من قبل "هيلي " Healy (1915) و"بيرت"Burt الطريق لتقديم الدليل بأن الخوف من المدرسة يشبه الهروب منها مع ضبط والدي فقير وبلادة عقلية وعجز في القدرات المزاجية، وتفكك أسري. أما "بيرت "فقد استخدم مصطلح الخوف من المدرسة بعد الحرب العالمية الأولى بقليل ليصف رد فعل الأطفال الذين ظهرت عليهم علامات الرعب والعنف الشديد عند إحضارهم إلى المدرسة لأول مرة. كما أفادت البحوث العلمية التي أجراها بيرت في توضيح هذا المفهوم ؛فخلال الحرب كان كثير من هؤلاء الأطفال الذين أخذتهم أمهاتهم إلى الملاجئ القريبة من المدرسة للاحتماء من الغارات الجوية، عانوا الخوف من المدرسة فيما بعد.

وقد لاحظ "بارترج" Partrige (1939) أن هناك مجموعة من الأطفال سماهم بالعُصابيين Psychonerotic الذين يختلفون عن الهاربين من المدرسة، في أنهم كانوا مطيعين ومتكيفين بشكل جيد ويحبون المدرسة، والمشكلة الحقيقية التي كانوا يعانون منها هي فقدان الارتباط العاطفي بين الوالدين والطفل.

(2 ،13)

هذا، ويعدّ "جونسون وفولشتاين، زيوريك وسفندس" (Johnson 1941، Falstein، Sevendsen and Szurek من أوائل الذين استخدموا مصطلح الخوف المرضي من المدرسة بهذا الاسم، وذلك ليصفوا به ردود أفعال القلق المزمن لدى الأطفال، والذي يعدّ نتاجاً لاستمرار تغيبهم عن المدرسة، كما أكدوا أيضاً أهمية التمييز بين الهروب من المدرسة والخوف منها.

(2 ،81)

وتؤكد جونسون Johnson (1957) في دراسة مبكرة لها أن الخوف المرضي من المدرسة ما هو إلا خطأ في تسمية زملة (مجموعة) معينة من الأعراض، وحقيقة الأمر: إنها تعبير عن قلق الانفصال الذي يحدث ليس فقط في مرحلة الطفولة الباكرة ولكنه يحدث أيضاً في السنوات التالية لهذه المرحلة. ثم أتى بعد جونسون عدد من العلماء الذين شكلوا مصطلح الخوف المرضي من المدرسة أمثال: "جولدنبرج" goldenberg (1953) و"تالبوت (Talpot1957) إلا أنهم لم يشيروا إلى الخوف المرضي من المدرسة ككيان نوعي مستقل يمكن من خلاله تفسير ظاهرة الإحجام عن الحضور إلى المدرسة، وقد اعتقد هؤلاء العلماء أن سبب الخوف المرضي من المدرسة هو في الغالب اضطراب عاطفي، وميول وسواسية وهستيرية وذهانية.

(607 ،97)

بينما أشار باترسون (1965) Pattersonأيضاً إلى أن أغلب العلماء الذين درسوا حالات الأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة يتفقون مع فكرة جونسون في أن المثير الذي يكشف عن ردود أفعال القلق عند الطفل لا ينبع من المدرسة ذاتها، بل يتمثل إلى حد ما في المواقف المعبرة عن أثر انفصال الطفل عن والديه وخصوصاً الأم.

(8 ،40)

تعريف الخوف المرضي من المدرسة:

شغلت مشكلة رفض الطفل للمدرسة اهتمام الباحثين والمعالجين النفسيين في كل المجالات التي تُعنى بالأطفال والمراهقين منذ نشأة هذه الظاهرة كموضوع بحث لدى العلماء في الثلاثينيات من القرن الماضي، حيث كانت كل صور الغياب المستمر عن المدرسة تعدُّ هروباً حتى الأربعينيات من القرن الماضي، ثم تطور هذا المصطلح ليأخذ مفهومه الحالي كخوف الطفل من المدرسة تمييزاً عن ظاهرة الهروب أو قلق الانفصال عن الموضوع (الأم في الغالب) أو الغياب المبرر عن المدرسة.

وقبل الحديث عن الخوف المرضي من المدرسة أو رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة والذي يشكل موضوع بحثنا لابد من الحديث عن أشكال الغياب لدى الأطفال عن المدرسة؛ **فقد يفشل الطفل – في العادة – في الذهاب إلى المدرسة نتيجة لمجموعة من العوامل والأسباب نذكر منها:**

- **الغياب المرخص به:**

يشير إلى أولئك الأطفال الذين يبقون في المنزل بموافقة والديهم، وإدارة المدرسة بسبب أمراض حقيقية يعاني منها الطفل أو أحد الوالدين مما يستدعي من الطفل البقاء بجانبهم لرعايتهم.

- **الحجز الوالدي المسموح به:**

فقد يقرر والدي الطفل في بعض الأحيان بقاءه في المنزل بناءً على طلبهم، وذلك لمساعدتهم في مصاريف المنزل، أو العمل معهم في الزراعة أو التجارة أو ما شابه ذلك.

- **التسرب من المدرسة:**

غياب غامض من المدرسة كالفشل المدرسي.

- **الهروب من المدرسة:**

هو عبارة عن تغيب الطفل عن المدرسة لأيام كثيرة، قد تكون متقطعة أو مستمرة دون عذر شرعي، حيث يتظاهر الأطفال المتغيبون بأنهم يذهبون إلى المدرسة، إلا أنهم يتجهون إلى أماكن غير المدرسة كالجلوس في الحدائق العامة ودون علم الأهل والمدرسة بذلك. بمعنى آخر: إن الطفل الهارب من المدرسة هو الذي يمضي الوقت المدرسي بعيداً عن المدرسة والمنزل (كالتجول في الشوارع والحدائق العامة على سبيل المثال)، بينما الطفل الرافض للمدرسة أو الخائف منها هو الذي يمضي معظم الوقت في المنزل.

والخوف المرضي من المدرسة School Phobia أو رفض المدرسة، School Refuse أو فوبيا المدرسة، هو عبارة عن اضطراب عُصابي خاص بمرحلة الطفولة يشير إلى رد فعل عُصابي تجاه المدرسة، بحيث يرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة رغم إصرار والديه إلا أنه يفضل البقاء في المنزل، مع ظهور أعراض نفسية وفيزيولوجية ترافق حالة الخوف هذه لحظة إجباره للذهاب إلى المدرسة كالغثيان أو آلام الرأس...

ويعرف لال ولال Lall &Lall (1979) الخوف المرضي من المدرسة (فوبيا المدرسة) بأنها عبارة عن حالة عصبية تتميز بأعراض الخوف والقلق الحاد. وغالبية الأطفال الذين يعانون من الخوف لا يستطيعون التعبير عن الأسباب الداعية لخوفهم.

(89، 96 – 98)

هذا، ويصف "جون بولبي" owllby,J B (1991) الأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة بأنهم يرفضون الالتحاق بالمدرسة، ويظهرون قلقاً حاداً عندما يجبرون للذهاب إليها، ويكون عدم ذهابهم إلى المدرسة معروفاً لأبويهم، وتصاحب حالة الرفض هذه أعراضاً نفسية – بدنية (سيكوسوماتية) من نوع أو آخر

مثل: آلام البطن أو الشعور بالوهن الجسدي أو الغثيان رغم عدم وجود أدلة عضوية لهذه الشكاوى البدنية.

(193 ،11)

ويعرف "أبو عوف" الخوف المرضي من المدرسة بأنه عبارة عن "خوف الطفل الشديد أو الحاد من الذهاب إلى المدرسة، ويبقى القلق الذي يرتبط بالموقف المدرسي قوياً وشديداً ؛ لدرجة أن الطفل لا يمكنه البقاء بالمدرسة، ويعمل بكل الطرائق والأساليب للعودة إلى المنزل والبقاء فيه".

(5 ،41)

ويعرفه "فريدمان وآخرون" Freedman (1970) بأنه عبارة عن خوف الطفل الصغير المفاجئ من المدرسة، ورفضه الذهاب إليها، وينظر فريدمان إلى هذا الخوف إليه على أنه مظهر من مظاهر قلق الانفصال Separation Anxiety.

أما هيسا Hisa (1984) فيعرف الخوف المرضي من المدرسة لدى الطفل بأنه خوف شديد ومبالغ فيه وغير منطقي تجاه المثيرات والمواقف المدرسية المزعجة مثل: كبر حجم المدرسة، صعوبة الامتحانات، الفشل المتكرر، علاقات غير سوية مع الأقران والمعلمين، ضغط من قبل الوالدين على الطفل نتيجة لعدم تحقيقه لطموحاتهم، وضعف القدرات العقلية ...الخ.

(132 ،97)

ويبدو من هذا، أن الخوف المرضي من المدرسة هو عبارة عن خوف شديد غير منطقي مرتبط بذهاب الطفل إلى المدرسة، والذي تنتج عنه فترات انقطاع كلية أو جزئية عن المدرسة، وتصاحب هذا الخوف اضطرابات انفعالية ووجدانية شديدة تظهر في صورة أعراض مرضية كالخوف الحاد والمزاج المتقلب، والاتجاهات السلبية نحو المدرسة، وشكاوي جسمية دون أساس عضوي لها كأوجاع الرأس الغثيان وآلام

البطن يلجأ إليها الطفل كوسيلة دفاعية عندما يجبر على الذهاب إلى المدرسة من قبل الوالدين وذلك لتأكيد بقائه في المنزل.

يتضح من التعريفات السابقة ما يلي: إن الخوف المرضي من المدرسة يتسم في الغالب بالشدة، وأنه خوف غير معقول، ولا تبرره الوسائل المنطقية تجاه مكان غير مخيف بطبيعته كالمدرسة، كما أن الطفل الذي يعاني من الخوف المدرسي لا يمكن تفسير أسباب خوفه، إضافة إلى مصاحبة هذا الخوف ببعض الاضطرابات الجسمية والنفسية المتعددة.

الانتشار والبداية:

تشير التقديرات العشوائية التي تقوم على أساس نتائج الدراسات التي تم إجراؤها في عيادات الإرشاد النفسي إلى أن طفلاً واحداً بين كل ألف طفل يُشخص بأن لديه رهبة أو خوف من المدرسة، وتختلف هذه النسب من منطقة تعليمية إلى أخرى. وقد ذكرت صحيفة "الجارديان" في عددها الصادر "1959/11/23" أن عدد الأطفال الذين يعانون من الخوف المدرسي يتزايد كل عام؛ إذ أنه في منطقة تعليمية يبلغ عدد أطفالها حوالي (5) الف نسمة لا يُعرض منهم على قسم الإرشاد النفسي للطفل إلا عشرون طفلاً فقط يعانون من الخوف المرضي من المدرسة. ويؤكد هذا الازدياد ما قاله رئيس الجمعية الوطنية البريطانية للخدمة الاجتماعية للطفل أمام المؤتمر السنوي للجمعية عام (1956) بأنه علم بوجود حالات متزايدة من الرفض للذهاب إلى المدرسة لدى الأطفال أكثر من قبل، وتساءل: لماذا نترك طفلاً من أسرة فاضلة، وله أبوان فاضلان، ولديه الإمكانيات المادية الجيدة حتى يتحول فجأةً إلى طفل غير سوي؟

وقد ذكر "نيرستين" Nursten (1958) أن (8٪) من الأطفال الذين تم تحويلهم إلى قسم الإرشاد النفسي للطفل بمقاطعة" يورشكير" Yorkshire في مدة عامين كانوا مصابين بالخوف من المدرسة، لكن تقريراً آخر صدر في العام نفسه

أشار إلى انخفاض هذه النسبة إلى (3٪) في مقاطعات "مانشستر" Manchester و"ليفربول" Liver pool. أما "بيرن" (1966) Burne فذكر وجود (12) حالة من بين تلاميذ المدارس البالغ عددهم (4000) طفلاً، ومعنى ذلك وجود (12) حالة لكل (300) طفل. بينما قدر "تشازان "Chazan" بأن الخوف من المدرسة يبلغ تقريباً (10٪) من عينة بسيطة دائمة في عدم الحضور إلى المدرسة. (66،). وفي العالم العربي أشارت الدراسة التي أجراها المؤلف عام (1995) إلى وجود (45) حالة من عينة قوامها (900) طفلاً تعاني الخوف المرضي من المدرسة بنسبة قدرها (5٪).

وعلاوةً على ذلك توجد بعض الأدلة حول نسب انتشار الخوف المرضي من المدرسة تعدّ غير واضحة بسبب:

1. عدم وجود دراسات مسحية تحيط إحاطة شاملة بهذه المشكلة.
2. عدم وجود العيادات النفسية المنتشرة في المراكز التعليمية حتى تتمكن من حصر وتشخيص حالات عدم الذهاب إلى المدرسة عند الأطفال.
3. ومن جهة ثالثة عدم رغبة كثير من الآباء الإفصاح عن مشكلة الخوف المدرسي لدى أبنائهم.
4. كما تثبت أنه من الصعب تقدير مدى انتشاره بين الأطفال، لأن معظم التقديرات كانت مبنية على مقابلات مع الأطفال من كل الأعمار، وكان هؤلاء الأطفال محولين إلى عيادات الإرشاد النفسي فقط، لكن النسب التي تم تسجيلها حتى الآن تتراوح ما بين (1 – 8٪) بالنسبة لعينة كاملة من الأطفال فوق سن العاشرة والذين يذهبون إلى عيادات الإرشاد النفسي بانتظام.

وتبين الدراسات في هذا المجال أن رفض المدرسة لدى الأطفال يظهر بوضوح في ثلاث مراحل من العمر المدرسي هي:

- الأولى: عند دخول الطفل المدرسة أو بعدها بقليل، أي بين سن الخامسة والسابعة.
- الثانية: تبدأ من سن الحادية عشرة إلى سن الثانية عشرة من عمر الطفل.
- الثالثة: تبدأ من سن الرابعةعشرة، وهذه المرحلة ربما تختلف عن المرحلتين السابقتين في نوع ودرجة المشكلة النفسية، حيث تكثر فيها حالات الاكتئاب والقلق.

وهذا يعني: إن النتائج المتناقضة في نسب انتشار ظاهرة الخوف المرضي عند الأطفال من المدرسة لا تعني أن الخوف من المدرسة ينتشر في منطقة دون أخرى. وهناك ثلاثة احتمالات ممكنة — على الأقل — لتفسير ذلك.

الاحتمال الأول:

إن عدد الأطفال الذين يذهبون إلى مراكز الإرشاد النفسي للطفل بسبب موضوع الخوف من المدرسة أو أية مشكلات نفسية أخرى يعتمد من ناحية على العلاقات الشخصية بين المعالجين النفسيين في العيادة وكل من المدرسين وأولياء الأمور، ويعتمد من ناحية ثانية على مدى الاهتمام الذي يبذله هؤلاء جميعاً في التعامل مع هذه المشكلات؛ فالمعالج النفسي المحبوب يستقبل حالات أكثر من زميله غير المحبوب، ويزيد العدد كثيراً إذا عرف هذا المعالج أنه مهتم بشكل خاص بالأطفال الذين يرفضون الذهاب إلى المدرسة.

الاحتمال الثاني:

وهو أنه عندما تعقد المقابلة الأولى في العيادة بين المعالج والطفل، فإن السبب الذي يفسر المعالج على أساسه المشكلة قد لا يكون هو السبب الحقيقي للمشكلة التي تواجه الطفل. ومن هنا يختلف التشخيص من معالج لآخر؛ فالطفل الذي يحوّل إلى العيادة بسبب اضطراب عُصابي قد لا يبلل فراشه إلا نادراً (التبول اللاإرادي)، ومع ذلك يرفض دائماً الذهاب إلى المدرسة، والطفل الذي يعاني الخوف من المدرسة ربما يكون قد هرب من المدرسة مرة واحدة لوجود صعوبة في القراءة.

الاحتمال الثالث:

وهنا يثارسؤال مفاده: ما الذي يجعل بعض المعالجين يسجلون حالات الخوف من المدرسة أكثر من الحالات الأخرى؟.

وللإجابة على هذا التساؤل: فقد يرى العلماء النفس الذين لهم إسهامات عظيمة في هذا المجال أن الصعوبة الرئيسة تتجلى في التمييز بين الخوف من المدرسة والهرب منها، فما يشخصه معالج نفسي على أنه خوف من المدرسة قد يعدّه معالج أخرى هروباً من المدرسة، والعكس صحيح، فقد وجد علماء النفس بأن العمر الذي يبدأ فيه ظهور الخوف من المدرسة يحدث بشكل أساسي بين (5 – 10) سنوات، حيث أشار "هير سوف" و"دافيدسون" و"سميث" إلى أنه في بريطانية يظهر بداية الاضطراب غالباً في عمر (11) عاماً، وبعد ذلك مع حالات تظهر فيها أعراض الخوف من المدرسة بين (5 – 7) سنوات و(11 – 14) سنة.

فقد لاحظ "بلاج ويول " (1986) بأن الخوف من المدرسة يظهر خلال المدى العمري هذا، ولكنهم وافقوا على أن هناك فترات يكون فيها الخوف من المدرسة في الذروة، وهذه الفترات هي من (5 – 6) سنوات، من (11ـ 12) سنة ومن (13 – 14) سنة.مع ذلك: فقد تنوعت التقديرات بشأن انتشار الخوف المرضي من المدرسة وفقاً للعينة المدرسية، فوجد كينيدي Kennedy (1965) (17) حالة لدى كل (100)

طفل ممن هم في سن المدرسة وذلك في السنة الواحدة. ففي بريطانيا فقد قدر تشازان (1962) بأن الخوف المرضي من المدرسة يقدر بـ (1٪) لعينة كاملة من الحاضرين في المدرسة خلال مدة عشرسنوات. وهناك بعض الدلائل تشير بأن حالات عديدة للخوف المرضي من المدرسة عند الأطفال تبدو غير مكتشفة نتيجة لعدة عوامل.

ومما تقدم نلاحظ أن ظاهرة خوف الأطفال من المدرسة لها أهميتها الخاصة لدى المشتغلين في مجال علم النفس والإرشاد النفسي في الدول الغربية بدليل وجود (4500) مقالة منشورة باللغة الانكليزية تطرقت إلى خوف الطفل من المدرسة، إضافة إلى الدراسات العلمية التي تناولت هذه الظاهرة بالدراسة سواء من خلال عقد المؤتمرات العلمية أم البرامج التلفزيونية المخصصة لهذه الغاية. لذلك يجب أن نتوقع مزيد من الاهتمام والانتباه والرعاية، ومزيداً من الحلول العلمية لهذه الظاهرة في البلاد العربية في السنوات القادمة على المستوى التشخيصي والعلاجي.

الأشكال التصنيفية للخوف المدرسي:

يأخذ الخوف المرضي من المدرسة بين الأطفال أشكالاً عدة تختلف فيما بينها في عدد من الجهات، وتتفق فيعدد آخر، وإذا فحصنا جهات الاختلاف والاتفاق، يمكننا الوصول إلى عدد من الأنواع يمكن النظر إليها من زوايا متعددة. ومن هذه الجهة، فقد حاول عدد من الباحثين والمهتمين بظاهرة رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة (الخوف المرضي من المدرسة) وضع تصنيف لها، يعتمد على مسار الخوف وبدايته وحالته (حاد – مزمن) أو شدته والعلاقة بين الوالدين والسن ...الخ.

ونذكر من بين الباحثين الذين استطاعوا وضع تصنيفات لهذه الظاهرة: "هاهن وبيك" (Hahn and Peak1957) و"كينيدي" (1965) Kennedy و"هيرسوف" (1960 – 1961) Hresov، و"سميث" (Smith1970)، و(بيرج)

Berg ولذلك سوف نتحدث بشكل مختصر عن أهم التصنيفات الخاصة بالخوف المرضي من المدرسة كما جاءت في أدبيات البحث النفسي والتربوي والطبي.

أولاً: تصنيف هاهن وبيك الثنائي: Hahn and Peak (1957):

استطاع هذان الباحثان إيجاد تصنيف للأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة، وذلك من خلال دراسة قاما بها على (21) حالة من الأطفال الذين يشكون الخوف من المدرسة، حيث استخلصوا وجود نوعين من المخاوف المدرسية هما:

النوع العُصابي (Neurotic):

يتسم أطفال هذا النوع بكونهم أطفالاً صغاراً وأغلبهم من البنات، والذين أظهروا ردود فعل دراماتيكيه، وبداية عاجلة لحالة الخوف، وأن هؤلاء الأطفال كانوا متكيفين بشكل حسن. وتتجلى المشكلة الرئيسة لهم بوجود عقدة من جهة الأم.

النوع المزمن (Chronic):

يكون أطفال هذه المجموعة أكبر سناً من المجموعة الأولى، وقد تبين أنهم يعانون من اضطرابات انفعالية أكثر وضوحاً من النوع الأول. إضافة إلى ذلك فإن هؤلاء الأطفال أظهروا تاريخاً مرضياً أساسياً من أعراض الخوف المرضي من المدرسة وخوفاً واضحاً من المدرسة.

(197 – 196 ،107)

ثانياً: تصنيف كينيدي الثنائي (1965) Kennedy:

طور كينيدي (Kenndy, 1965) تصنيف هاهن وبيك من خلال دراسته لمئات الحالات من الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة، حيث تم تقسيمهم إلى نوعين أساسيين استناداً إلى:

1. العمر.
2. البداية.
3. الشدة.
4. العلاقة مع الوالدين.

وهذان النوعان هما:

النوع الأول: الحاد (Acute) يتسم هذا النوع بـ:

1. النوبة الحالية تكون الأولى.
2. تكون البداية يوم السبت يسبقها مرض الطفل في الأيام السابقة.
3. تكون البداية حادة.
4. يتعرض لها الأطفال صغار السن نسبياً.
5. يصحبها تعبير الاهتمام بالموت.
6. تكون صحة الأم معتلة جسدياً أو يكون هذا ما يعتقده الطفل أو يتوهمه.
7. يوجد اتصال قوي وشديد بين الوالدين.
8. الوالدان متوافقان.
9. يتفهم الوالدان ديناميات الأمور بسهولة.

النوع الثاني: المزمن (Chronic):

1. النوبة الحالية تكون الثانية أو الثالثة أو الرابعة.
2. تكون البداية يوم السبت يصحبها مرض شديد للطفل.
3. تكون البداية بسيطة.
4. يتعرض لها الأطفال الأكبر سناً بشكل نسبي.
5. لا يصاحبها تعبير الاهتمام بالموت.
6. صحة الأم لا تسترعي اهتمام الطفل.
7. اتصال ضعيف بين الوالدين.
8. لا يتفهم الوالدان ديناميات الأمور بسهولة.
9. الأم عصابية والأب مضطرب الشخصية.
10. لا يبدي الوالد (الأب) أي اهتمام بالمنزل والأطفال.

(108، 173)

ثالثاً: تصنيف هيرسوف الثلاثي الأبعاد (Hersov 1961 – 1960):

أما هيرسوف (1960 – 1961) فقد قسم الخوف المرضي من المدرسة إلى ثلاثة أنواع وذلك بحسب العلاقات داخل الأسرة، وهي على الشكل التالي:

النوع الأول:

الأم متسامحة، الأب مستكين والطفل في البيت ملحاح وكثير المطالب والطفل في المدرسة خجول وجبان.

النوع الثاني:

الأم متسامحة والأب مستكين والطفل في البيت مطيع والطفل في المدرسة خجول.

النوع الثالث:

الأم متسامحة بشكل زائد، الأب هادىء، الطفل في البيت عنيد، الطفل في المدرسة ودود.

ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

	النوع الأول	النوع الثاني	النوع الثالث
الأم	متسامحة	متسامحة	متسامحة بشكل زائد
الأب	مستكين	مستكين	هادىء
الطفل في المدرسة	خجول وجبان	خجول	ودود
الطفل في البيت	ملحاح وكثير المطالب	مطيع	عنيد

رابعاً: تصنيف سميث (1970) Smith:

حلل سميث (36) ستاً وثلاثين حالة تعاني من الخوف المرضي من المدرسة، إذ قسمهم إلى ثلاثة أنواع كما يلي:

النوع الأول:

الأطفال الذين أظهروا قلق الانفصال عن آبائهم حتى سن ثماني سنوات

النوع الثاني:

وهذا النوع يمثل الخوف المرضي الحقيقي من المدرسة، ويوجد لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ثماني سنوات وما فوق، ولم تظهر المشكلات لديهم من قبل، ويستثمر هذا الخوف والقلق من المدرسة حتى ما بعد المدرسة.

النوع الثالث:

ويضم هذا النوع المراهقين الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة، إلى جانب أشكال أخرى من الاضطرابات مثل الاكتئاب الانسحاب الاجتماعي المرتبطة غالباً بخوف الطفل من فشل الدخول إلى مرحلة المراهقة بأمان.

(23 ،62)

خامساً: تصنيف يول وهيرسوف وتريزدر Yule Hersov And Treseder:

اقترح يول وهيرسوف وتريزدر (1980) إمكانية وجود أنواع أخرى من الخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال بناءً على التطبيقات العلاجية التي استخدموها في علاج هؤلاء الأطفال، وهذه الأنواع هي التالية:

النوع الأول:

قلق الانفصال ويحدث عند التحاق الطفل بالمدرسة لأول مرة.

النوع الثاني:

يحدث لأولئك الأطفال الرافضين للمدرسة لأقل من أسبوعين

النوع الثالث:

يحدث لدى الأطفال بعد وجود تغيير في المدرسة، أي انتقال الطفل من صف إلى آخر، أو من مدرسة إلى أخرى، وذلك نتيجة انتقال سكن الأسرة إلى منطقة أخرى بعيدة عن مدرسة الطفل الحالية.

النوع الرابع:

وهذا النوع يتعلق بخوف الطفل من الأطفال الأكبر منه في المدرسة والذين يحاولون إيذاء الطفل أو السخرية منه نتيجة لضعف تحصيله أو ملابسه قديمة وبالية. ويحدث هذا النوع للأطفال الذين استمروا في المواظبة على حضور المدرسة لمدة تسع سنوات، وهي مشكلة كبيرة، حيث تكشف عن حالة من الاكتئاب النفسي الشديد أو الفصام يعاني منه الطفل.

(24،62)

سادساً: تصنيف مارين (1969) Marne:

أما مارين فقد استطاعت أن توسع نطاق التصنيف ذو البعدين إلى أربعة أبعاد بهدف تسهيل عمليتي التشخيص والعلاج، وهذه الأبعاد هي التالية:

البعد الأول: قلق الانفصال (AnxietySeparation):

ويتناول الأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال، وهم الذين لديهم خبرة قليلة بالذهاب إلى المدرسة أو رياض الأطفال، ويظهر هؤلاء الأطفال سلوكيات أو اضطرابات مزاجية مختلفة عندما يتم حثهم من قبل الوالدين على الذهاب إلى المدرسة مثل: البكاء، والتوسل للوالدين بعدم رغبته الذهاب إلى المدرسة والإغماء الشكاوي الجسمية المختلفة كوجع الرأس أو ألم القدمين أو وجع في البطن. يستخدمها الطفل كوسيلة دفاعية للبقاء بجانب من يتعلق به الطفل وخاصة الأم، وهذه السلوكيات يزول تأثيرها وفعاليتها مع مرور الأسابيع القليلة الأولى لالتحاقه بالمدرسة الابتدائية.

البعد الثاني: قلق بسيط الشدة (Mild acute anxiety):

وهو نوع من القلق يحدث للأطفال الذين انتظموا في الذهاب إلى المدرسة لفترة سنة أو سنتين ولم يظهر عليهم أي أعراض تتعلق برفض المدرسة فيما مضى، ولكن بعد هذه الفترة يعاني الطفل من قلق حاد وفجائي نحو المدرسة، حيث تصاحب هذه البداية السريعة والمباغتة أعراضاً تشبه أعراض الخوف المرضي من المدرسة ولكنها بسيطة وأقل خطورة.

البعد الثالث: القلق الشديد المزمن (Severe Chronic Anxiety):

وهذا البعد أو الفئة ينطبق على الأطفال ذوي الأعراض الشديدة في سلوكياتها تجاه المدرسة ورفض الذهاب إليها وغالباً ما تتطور هذه الأعراض المرضية لتصبح اضطراباً واضحاً يظهر في سلوك الطفل عندما يصل إلى مراحل متقدمة.

البعد الرابع: القلق الذهاني (Psychosis Anxiety):

إذ يبدو هذا القلق على بعض الأطفال الذين تظهر لديهم أعراض الخوف المرضي من المدرسة كعرض من أعراض ذهان الطفولة.

(67 ،44)

وأخيراً يمكن القول: إن هؤلاء العلماء وغيرهم قد أكدوا الاهتمام بمشاعر واتجاهات الطفل الخاصة تجاه الخوف المرضي من المدرسة والأعراض المصاحبة له مثل: القلق الشديد والتعلق المفرط بالأشخاص المرتبط بهم وفقدان الشهية للطعام، والغثيان والقيء وشعوره بأنه طفل مهمل لا قيمة له، وكذلك نظرة الأسرة الصريحة أو الضمنية نحو النظام التعليمي في المدرسة والأساليب العلمية المتبعة فيها.

علاقة الخوف المدرسي بالمفاهيم الأخرى:

مما لا شك فيه أن السلوك الذي يبديه الطفل أثناء رفضه للمدرسة يشبه من قريب أو بعيدأشكالاً أخرى من الرفض للمدرسة، من حيث السلوك والأعراض والحجج اللامنطقية التي يعبر عنها الطفل، ولذلك سوف نحاول أن نفرق من الناحية الإكلينيكية بين هذا المفهوم والمفاهيم القريبة الشبه به.

أولاً: التمييز بين الخوف من المدرسة والهروب منها:

يختلف مصطلح الخوف المرضي من المدرسة عن مصطلح الهروب من المدرسة (الزوغان truancy)، فالطفل الهارب من المدرسة هو طفل لا يحب المدرسة، ويتحاشاها بصورة اعتيادية ومتكررة، إنه يهرب منها إلى مكان غير المنزل كالتجول في الطرقات أو في الحدائق العامة بشكل فردي أو مع أقرانه الهاربين مثله، وتدفعه إلى ذلك في كثير من الأحيان روح المغامرة، ومحاولة اكتشاف آفاق أبعد من العالم الذين يتحرك فيه، وذلك دون علم الأهل (الأب، الأم) عن غياب ابنهم من المدرسة. وهؤلاء الأطفال غالباً ما يتظاهرون أمام الأهل أنهم يذهبون إلى المدرسة، ولكنهم في الواقع عندما يحين وقت ذهابهم إليها، يخرجون متجهين إلى مكان آخر غير المدرسة، يقضون فيه وقتهم والذي من المفترض أن يكونوا في هذا الوقت في المدرسة، ويعودون إلى المنزل عندما ينتهي الدوام المدرسي. وعند هذه النقطة يرى كثير من علماء النفس أمثال: شيفر وميلمان (1989) وبلاج (1987) أن الطفل الهارب من المدرسة هو طفل متغيب عن المدرسة لأيام كثيرة، قد تكون متقطعة أو مستمرة دون عذر شرعي، مثل: المرض الجسمي أو العقلي، سوء الأحوال الجوية كالبرد القارس أو الحر الشديد ودون معرفة الأهل بذلك أيضاً.

(492 ،27)

ويعتقد بعض العلماء أن هناك أسباباً كثيرة تدعو هؤلاء الأطفال للهرب من المدرسة؛ فقد يكون الطفل مصاباً بمرض نفسي أو عقلي، أو قد يكون ناتجاً عن إشباع حاجة تأكيد الذات والتفاخر أمام الزملاء.فقد يكون تشجيع بعض الأطفال سبباً في الهروب من المدرسة، وقد يكون ناتجاً عن خلافات وصراعات بين الوالدين أو بين أحد الوالدين والطفل وخصوصاً الخلافات الشديدة التي يصعب حلها كالطلاق على سبيل المثال، مما يجعله غير قادر على متابعة دروسه في المدرسة بهدف التخلص من الواجبات الكثيرة المطلوبة منه، وقد يكون التفوق العقلي عاملاً من عوامل الهروب، إذا يشعر الطفل الهارب بالملل لعدم وجود المتعة في الدروس التي يتلقاها في المدرسة، كما يشعر أن المعلومات التي يأخذها من معلمه في الفصل أقل من المعلومات التي لديه، أو قد يكون الهرب من المدرسة نتيجة الخوف من العقوبة التي يتلقاها من المدرسة لتقصيره وإهماله في أداء الواجبات المدرسية.

(29، 48)، (11، 191، 192) (86، 712 – 713)

وفي هذا المجال قامت دراسات علمية عديدة مثل: دراسات بلاج ويول (Blagg and Yule 1978) و(كوبر Cooper) وهيرسوف (Hersov) هدفها توضيح الفروق بين الأطفال الهاربين من المدرسة والأطفال الذين لا يستطيعون الذهاب إليها (الخوف من المدرسة)، حيث أظهرت نتائجها أن هناك ارتباطاً قوياً بين ظاهرة الهروب من المدرسة والسيطرة الزائدة من جهة الأبوين، وبين الهروب والجو الأسري المضطرب مثل الخلافات المستمرة بين الأبوين (الأم والأب) أو أية ظروف اجتماعية غير مناسبة، كما أن الظروف المدرسية لها أهميتها في هذا الصدد، وكذلك تأثير جماعة الأقران (الشلة). ومع أن المقترحات التي قدمها أنصار التحليل النفسي لتفسير ظاهرة الخوف المرضي من المدرسة لم تساعد المعالجين النفسيين كثيراً في مساعدة هؤلاء الأطفال في المواظبة على الحضور إلى المدرسة، فلا تزال هناك أسئلة هامة تطرح نفسها حول هذا الموضوع مثل: هل هناك رد فعل يتسم بالخوف من المدرسة ويختلف عما يعرف بالهروب منها؟ وإذا وجد فكيف يمكن أن نحدده ونعالجه؟.

أما أهم المعايير التي قدمها أتباع هذه المدرسة في التفريق بين الطفل الخائف من المدرسة School Phobia والطفل الذي يهرب من المدرسة Truency هي:

إن الطفل الخائف من المدرسة يبقى قريباً من أمه عندما يكون خارج أوقات الدوام المدرسي، أما الطفل الهارب من المدرسة فإنه في هذا الوقت يكون خارج المنزل في (الشوارع، والحدائق العامة ...إلخ.

وقد كانت المقارنة الأولى بين هذين الشكلين من عدم الذهاب إلى المدرسة ما قام به "وارن" Warren (1948) من خلال إجراء مقارنة بين ثماني حالات تعاني حالة الهروب من المدرسة و(12) حالة تعاني الخوف المرضي من المدرسة، حيث توصل إلى أن الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة يتسمون بأنهم:

1. عُصابيون.
2. قلقون بشكل حاد ومتكرر.
3. يعتمدون في كثير من الأحيان على آبائهم في قضاء حاجاتهم.
4. كما أنهم كانوا دائمي التحدي لآبائهم ولا يطيعونهم أحياناً ولكنهم لم يكونوا يهربون من المنزل ولم يكن لديهم أي ميل للانحراف كما هو الحاصل عند الأطفال الهاربين من المدرسة.

أما فيما يتعلق بالظروف المادية والتحصيلية: فقد كانت أحوال أسرهم المادية ونتائجهم في التحصيل الدراسي أفضل إلى حد كبير من ظروف الأطفال الهاربين من المدرسة.

أما المناخ الأسري السائد لدى هؤلاء الأطفال، فقد بينت المقارنة التي أجراها "هيرسوف" مجموعة من الفروق أهمها:

1. إن الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة كانوا ينحدرون في الغالب من أسر تكثر فيها الاضطرابات الانفعالية، وإن أمهاتهم من النوع المتساهل، بينما آباء هؤلاء الأطفال فكانوا سلبيين وغير مهتمين بشؤون الطفل.
2. أما الأطفال الهاربين من المدرسة فكانوا غالباً من عائلات كبيرة العدد وغير مستقرة ولا تحترم الأعراف والتقاليد والقيم الاجتماعية السائدة بما فيه الكفاية.

ويلاحظ من هذه المقارنة أن الأطفال الخائفين من المدرسة يعانون اضطرابات انفعالية نتيجة لاضطراب الكيان الأسري الذي ينتمون إليه، بينما الأطفال الهاربون من المدرسة يعانون من مشكلات اجتماعية، وهذه المشكلات إما أن تكون في الأسرة أو في الوسط الخارجي سواء مع الزملاء أم في المدرسة، لذلك يلجأ الطفل إلى الهروب إلى أماكن أخرى غير المدرسة ليحقق في ذلك المكان إشباع حاجاته الخاصة. وتأكيداً لهذه النقطة قام "كوبر" Cooper (1962) بتحليل استبيانات أجرتها لجان إرشاد الطفل، إذ أظهرت النتائج أن هروب الطفل من المدرسة هو في الواقع مشكلة اجتماعية وليست نفسية. وبناءً على هذه النتيجة كان التعامل مع هذه المشكلة التي تظهر عند الأطفال من خلال مؤسسة الخدمة الاجتماعية وليس من خلال المؤسسات الإرشادية، ثم قام بإجراء مقارنة بين مجموعتين كانوا يرفضون الذهاب بانتظام إلى المدرسة، أخذت إحدى المجموعتين على أساس المعلومات الواردة في ملفاتهم في لجنة إرشاد الطفل، والتي تفيد بأنهم يدخلون في عداد الأطفال المصابين بالخوف من المدرسة، بينما أخذت المجموعة الأخرى من سجلات إدارة الخدمة الاجتماعية في المدرسة، والتي كانت تعدّهم متهربين، وقد تم أيضاً اختيار مجموعتين ضابطتين، وعقدت مقارنة بين المجموعات الأربع فيما يتعلق: بحجم العينة والفصول التابعة لها ونظام إدارة المدرسة وطرائق

التدريس وأسلوب الثواب والعقاب المستخدم في تلك المدارس والعلاقة بين المدرسة والمنزل.وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية: عدم وجود فروق جوهرية بين المدارس التي يحضرها أطفال من المجموعتين الخوافية والهروبية وكانت هناك بعض الأدلة على أن رفض الذهاب إلى المدرسة يحدث عندما يغير الطفل المدرسة أو الصف. كما وجد بشكل عام أن كلاً من المتهربين والأطفال الذين يعانون من الخوف المدرسي لم يعانوا تغيرات كثيرة في تلك الأبعاد السابقة بالمقارنة مع المجموعتين الضابطتين. أما فيما يخص القدرات العقلية والتحصيلية لهؤلاء الأطفال؛ فقد أظهرت الدراسة أن الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة أكثر ذكاءً وتحصيلاًمقارنة مع مجموعة الأطفال الهاربين من المدرسة؛ فقد بلغ حاصل ذكاء الأطفال الخائفين من المدرسة (104) بينما حصل الأطفال الهاربون على (85) درجة.

إننا بدورنا نتفق مع النتيجة الأولى، فالأطفال الذين يعانون الخوف المدرسي يعانون اضطراباً فيما يتعلق بالإدراك الأسري العاطفي والوجداني، فهم الأطفال المدللون في نظر أمهاتهم وآبائهم، لذلك نجد أن الرابطة العاطفية بين الطرفين قوية وزيادة اهتمام الأهل بالطفل من حيث إشباع حاجته النفسية والجسدية. بينما في حالة الأطفال الهاربين من المدرسة فهناك مشاغل كبيرة محاطة بالأسرة، تجعل الأسرة في كثير من الأحيان تعزف عن الطفل لأن هناك عدداً كبيراً من الأطفال ولكل حاجته الخاصة، والأسرة غير قادرة على تأمين هذه الحاجات النفسية والجسمية للطفل، لذلك عندما يذهب الطفل إلى المدرسة لا يجد هذا الإشباع الذي افتقده في بيئته الأسرية وهنا يقع الطفل في صراع وإحباط يظهر في وجه إشباع حاجاته النفسية، لذلك نراه يلجأ إلى البيئة الخارجية كحل أخير لعله يجد فيه الإشباع المفقود للحاجات الأساسية، بينما الطفل الذي يعاني الخوف المدرسي يرى في المدرسة أنها غير قادرة على إشباع حاجاته المشبعة كالتي داخل المنزل؛ لذلك نراه يستخدم أساليب دفاعية متعددة للبقاء في المنزل.

وقد أكد هذه النقطة كل من بلاج (1989) ويول (1986) حيث صرحوا بأن الأطفال الهاربين لديهم خبرات مؤلمة واضطرابات في المنزل مقارنة بالأطفال الخائفين، وقد لاحظ بلاج أن (74 ٪) من الأطفال الهاربين من المدرسة أتوا من بيوت مضطربة، وأن (50٪) من آباء هؤلاء الأطفال متوفين أو منفصلين عن الأسرة أو هاربين من المنزل كأسلوب علاجي.

يتضح من نتائج هذه الدراسات أن هناك تبايناً واختلافاً في تشخيص وأسباب المشكلة التي يعاني منها كل من الأطفال الهاربين من المدرسة والأطفال ذوي المخاوف المدرسية من حيث: العلاقات الاجتماعية، والمناخ الأسري والقدرات العقلية والتحصيلية.

ويمكن إجمال الفروق الجوهرية بما يلي:

أولاً: الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة:

1. هؤلاء الأطفال يتغيبون في العادة عن المدرسة دون عذر شرعي.
2. يقضون وقت تغيبهم عن المدرسة في البيت وبجانب الأم.
3. والداهما في الغالب على علم بتغيبهم عن المدرسة.
4. يتميزون بالغياب المتصل عن المدرسة لفترات قد تطول أو تقصر.
5. يتمتعون بتحصيل دراسي في حدود المتوسط كما تسجلها تقاريرهم المدرسية وقدرات عقلية جيدة.
6. يعاني الغالبية العظمى من اضطراب انفعالي وشخصي.
7. لا تظهر عليهم في الغالب أية تصرفات سلوكية شاذة كالسرقة أو التخريب ... إلخ.

ثانياً: الأطفال المتهربون من المدرسة:

1. تغيب هؤلاء الأطفال عن المدرسة دون عذر شرعي.
2. يقضي هؤلاء الأطفال وقت تغيبهم عن المدرسة بعيداً عن البيت مثل الشوارع والحدائق العامة.
3. أباء هؤلاء لا يعلمون تماماً عن تغيب طفلهم عن المدرسة.
4. مستواهم التحصيلي وقدراتهم العقلية دون المتوسط.
5. يذهبون إلى المدرسة على فترات متقطعة.
6. يعاني معظمهم ضعفاً في التوافق الاجتماعي.
7. يمارسون بعض السلوكيات المضادة للمجتمع كالسرقة أوالعدوان أو التخريب أو الأفعال الجنسية المحرمة.
8. يفتقر هؤلاء الأطفال إلى إشباع حاجاتهم النفسية في كل من البيت والمدرسة، مما يدفعهم هذا السلوك إلى تعويض النقص الذين يعانون منه.
9. تظهر على هؤلاء الأطفال أعراض عدم الارتياح النفسي عندما يكونون في النزل أو في المدرسة، لكن لا تظهر عليهم الأعراض الجسمية كالتي تلاحظ عند الأطفال ذوي المخاوف المرضية من المدرسة مثل: اضطرابات النوم، آلام البطن، وجع الرأس، وذلك حين يتوجهون إلى المدرسة في الصباح.

وأخيرا يمكن القول: إن هذين النمطين من الاضطرابات الانفعالية في الطفولة: الخوف المرضي من المدرسة والهروب من المدرسة لهما أسبابهما وعواملهما الخاصة، فالخوف من المدرسة يرتبط بصورة مباشرة بالقلق الشديد والتعلق الزائد، إضافة إلى الإهمال أو النبذ أو الحماية الزائدة من قبل الوالدين، بينما الطفل الهارب من المدرسة هو طفل لم يلق الإشباع الكافي لحاجاته في كل من البيت والمدرسة على حد سواء.

ثانياً: الخوف من المدرسة وقلق الانفصال Separation Anxiety:

قد يعاني بعض الأطفال في باكورة حياتهم من " اضطراب قلق الانفصال " خصوصاً عندما يبتعد عن أمه أو من يقوم مقامها في تربيته. وفي بعض الأحيان يقلق الطفل لابتعاد أبيه عنه، إذ يقلق على مصيرهما بأنهما سوف يصابان بمكروه وهما بعيدان عنه، أو قد تأتيه المخاوف من أن هناك مكروهاً يحدث له، أو أن أحد الناس سيخطفه أو يقتله وهو بعيدعن الشخص المتعلق به.

ومن مظاهر هذا القلق لدى الطفل: الرفض بالتوجه إلى المدرسة والالتحاق بها مستخدماً أساليب دفاعية كالتمارض أو الشكاوي البدنية أو الحجج التي لا أساس لها من الصحة من أجل البقاء بالجوار من أمه، وقد يشعر الطفل في هذه المرحلة بالاكتئاب، وقد تبدو عليه مظاهر الانسحاب والعزلة في حالات ابتعاده عن أمه أو من يقوم مقامها.

(37، 538، 540)

أما الصورة التشخيصية لقلق الانفصال كما تحدث عنها منظرو قلق الانفصال وخصوصاً"جون بولبي "وغيره من العلماء، فيمكن الحديث عنها في الأمور التالية:

قلق شديد حين ينفصل الطفل عن الشخص الذي تربطه به علاقة طيبة، ويبدو هذا واضحاً من خلال الأعراض التالية:

أ. قلق غير منطقي حول الابتعاد عن شخص ما متعلق به، والبقاء وحيداً بمعزل عنه، وخصوصاً إذا لم يَعدْ هذا الشخص أو (موضوع التعلق).

ب. قلق غير واقعي وغير منطقي حول الانفصال والعزل عن علاقة حميمة، إذ يشعر بأنه سوف يفتقد ذلك الشخص وأنه ضحية لحادث ما.

ج. رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة والبقاء مع الشخص المتعلق به.

د. تجنب مستمر للبقاء وحيداً في المنزل والشعور بالاضطراب الانفعالي الشديد إذا افتقد الشخص الذي يرتبط به، أو حين يبقى وحيداً بعيداً عنه

ه. أحلام وكوابيس تتعلق بالانفصال عن الشخص المتعلق به الطفل.

و. شكاوي جسمية أيام المدرسة مثل: الصداع وآلام البطن أو وجع في الرأس أو ألم في الساقين ...الخ.

ز. الضعف الجسدي الواضح (الهزال) بسبب الانفصال عن الشخص المتعلق به.

ح. اضطرابات انفعالية مزاجية وسلوكيات غير سوية مثل: البكاء، والمزاج المتقلب، والتبول اللاإرادي وخصوصاً الأطفال الذين لم يتجاوز عمرهم السادسة، إضافة إلى النوبات العصبية والهلع.

ط. انسحاب اجتماعي من المواقف التي لا يجد ضمنها الشخص المتعلق به.

ي. رفض مستمر للذهاب إلى النوم دون أن يكون في محيط أو بجانب الشخص الذي هو شديد الارتباط به.

(658 ،2)

وقد ذكر "كاري " Cary حالة طفل عمره تسع سنوات تمت إحالته إلى مركز الصحة النفسية من قبل المعلم بسبب عدم قدرته المواظبة على المدرسة.وقد قال الطفل للمرشد بأن حالته تبدو في خوفه من المدرسة، وقد بدأ منذ شهرين مضيا عندما بدا عليه قلق شديد من المدرسة دون سبب واضح، وفجأة شعر بالمرض، وآلام في المعدة، واضطراب في التنفس، والعصبية الزائدة حين يكون موجوداً في المدرسة. وقد تحدث المرشد مع والدته عبر الهاتف، حيث صرحت له بأن طبيب الأسرة لم يلحظ أي شيء غير عادي عند الطفل، ولكن هذا الطفل يبدي رفضه المستمر في الذهاب إلى المدرسة، ويزداد هذا الرفض كلما اقترب موعد ذهابه إلى المدرسة. وقد عبرت الأم عن سلوك طفلها داخل المنزل بالقول: إنه يشاهد برامج تلفزيونية وإنه مع أخته يقومان بأنشطة متنوعة مشتركة كزيارة الأقارب وشراء الحاجات من السوق. وحين سئلت الأم عما إذا كان يقوم بأي نشاط بمفرده، قالت: يشاهد برامج تلفزيونية، وحين سئلت الأم عما إذا كان يقوم بأي نشاط بمفرده، قالت: إن كل

أنشطته مع أخته. وعند سؤالها عن أسباب الحالة أشارت إلى أن عدم ذهابه إلى المدرسة يرتبط بموت والده منذ فترة، حيث كانت تربطه علاقة حميمة به، كما أن موت والده كان عاملاً مؤثراً في نفسية الطفل.

(219 ،45)

هذا، وينتشر قلق الانفصال بشكل واضح بين الأطفال والنسبة نفسهاتقريباً بين الذكور والإناث.فقد أظهرت نتائج دراسة عباس محمود عوض ومدحت عبد اللطيف (1990) عدم وجود فروق جوهرية دالة بين الجنسين (الذكور – الإناث) في قلق الانفصال.

(97 ،30)

كما أشار كل من جرينا فرانسيس francis و"كينثيا لاست" last، و"كايد ستاروس" (1987) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في اضطراب قلق الانفصال. (30، 97) وهذه النتائج عارضتها نتائج دراسات أخرى قام بها " كازدين"kazdin و"هيرسين " Herrsenإذ أظهرت ارتفاع متوسط درجات الإناث نسبيا عن متوسط درجات الذكور في معظم متغيرات قلق الانفصال.

(657 .653 ،88)

وقد يحدث هذا الاضطراب لدى الأطفال قبل سن المدرسة، وغالباً بعد حادث أو موقف نفسي ضاغط، وأنه أكثر حدوثاً لدى الأطفال الذين تربطهم بأسرهم علاقات حميمة ورعاية زائدة، كما لوحظ أنه يلعب دوراً في الخوف المرضي من المدرسة، إذ يعتقد "ايزنبيرج" Eisnberg (1958) وبلاج (1987) وغيرهم من علماء النفس أن قلق الانفصال هو السبب في ظهور الخوف المرضي من المدرسة، كما أنه المسؤول عن كثير من اضطرابات الرشد، كالشعور بعدم الأمان والضياع، والخوف من الأماكن المفتوحة (Agoraphobia).

(61 – 57 ،16)

إن مصطلح الخوف المرضي من المدرسةكما يرى "بالتر" (1985) Balter هو في الغالب مصطلح غير دقيق، لأن السبب الرئيس يتجلى في خوف الطفل من الانفصال عن والديه أكثر منه خوف حقيقي من المدرسة، وقديكون هذا الخوف ناتجاً عن مولد طفل صغير في المنزل، او صراعات أو خلافات بين الوالدين، لذلك يربط هؤلاء مخاوفهم بالمدرسة (كخوف مزاح) بدلاً من خوفهم عن موضوع تعلقهم.

(114،59)

ويختلف مفهوم الخوف المرضي من المدرسة عن مفهوم قلق الانفصال؛ فقلق الانفصال عبارة عن القلق الذي يعتري الطفل في باكورة حياته وحتى مراهقته من الانفصال عن أحد الوالدين أوكليهما، أو عن القائم برعايته، وهو يرتبط بالخوف من الانفصال عن الأم. (9، 83) فالطفل الذي يعانيقلق الانفصال، لديه إحساس بالخوف من التغيير، واضطرابات وجدانية أشد مما لدى الطفل الذي يعاني من الخوف المرضي من المدرسة.

ويعدّ قلق الانفصال من جهة أخرى من الأسباب الرئيسة التي تؤدي إلى الخوف المرضي من المدرسة عند الطفل. فالطفل في هذه الحالة يكون شديد الارتباط والتعلق بأمه، ولكنه عندما يذهب إلى المدرسة يدرك أن هناك شيئاً مكروهاً سوف يحدث لأمه أثناء وجوده في المدرسة، وذلك لعدم شعوره بالاستقرار أثناء ابتعاده عنها ومن ذلك فقد استنتج كثير من الباحثين أمثال بلاج وهيرسوف وهيسا Hisa,1984,Blagg 1987, Hersov, 1960.أن كثيراً من الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة هم في الواقع شديدو الارتباط والتعلق بأمهاتهم، أو من يقوم برعايتهم (الأم البديلة)، وأنهم أيضاً يعتمدون عليهم في كثير من أمور حياتهم اليومية مثل: اللبس، الأكل، النوم، الذهاب إلى رحلة ... وفي المقابل فإن أمهات هؤلاء الأطفال في مثل هذه الحالة يتجاوبن مع أطفالهن بشكل يجعل سلوكهن تعزيزاً قوياً لسلوك أطفالهن نحوهن، ونحو المدرسة؛ فهن يعملن على

مساعدة أطفالهن بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في الاعتماد عليهن في إشباع حاجاتهم اليومية. فالطفل الذي يعاني هذا الخوف بإمكانه أن يشبع حاجاته الجسمية بنفسه، ولكنه يفضل أن تقوم أمه بذلك نيابة عنه، حتى يكسب ودها وحبها، ويظل بجانبها دائماً.

(12، 43 – 44)

هذا، ويرى الكثير من علماء مدرسة التحليل النفسي أمثال أوتورانك O,Rank أن الانفصال عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير القلق الأولي primary anxiety، ويصبح كل انفصال فيما بعد من أي نوع سلبي لظهور القلق، فالفطام يثير القلق لأنه يتضمن انفصالاً عن ثدي الأم، والذهاب إلى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن انفصالاً عن الأم، فالقلق في رأي رانك إذاً هو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفصالات المختلفة.

(25، 35)

وقد عارض هذه الفكرة "سيجموند فرويد "مؤسس مدرسة التحليل النفسي حيث قال: "لم أقم بشرحي لنشوء حالات الخطر المختلفة عن نموذجها الأصلي وهو عملية الميلاد أن أقرر إن كل حالة مثيرة للقلق فيما بعد، إنما تبطل الحالة السابقة".

حقاً إنه كلما تقدم نمو "الأنا" Ego تفقد حالات الخطر السابقة قوتها وتقل أهميتها، بحيث يمكن القول: " إن كل مرحلة من مراحل حياة الفرد لها ظروفها المناسبة المثيرة للقلق. فخطر العجز النفسي يكون مناسباً لمرحلة الحياة التي يكون فيها الأنا غير ناضج، وخطر فقدان الموضوع – الأم غالباً – يكون مناسباً للطفولة المبكرة، حينما يكون الفرد لا يزال معتمداً على الآخرين، وخطر الخصاء يكون مناسباً للمرحلة القضيبية، والخوف من الأنا الأعلى " super ego" يكون مناسباً لمرحلة الكمون.

هذا، وتستند البيانات المختلفة التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال والأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة إلى أن السبب الرئيس للخوف المرضي من المدرسة يرجع إلى قلق الانفصال الذي يشعر به كل من الأم والطفل عند ذهابه إلى المدرسة، وهذا القلق يتولد عن الرعاية الزائدة والتدليل الزائد الذي يتلقاه الطفل من الأم، فيصبح الطفل متعلقاً بها وهي متعلقة به أيضاً ولا يستطيع أي منهما الابتعاد عن الآخر. ونتيجة لذلك تتعرض الأم لقلق الانفصال عند ذهاب طفلها إلى المدرسة، لأن الطفل لا يرغب في مغادرة البيت وترك أمه لوحدها. والأم بدورها تخاف من ابتعاد طفلها عنها فتظهر أعراض الخوف من المدرسة واضحة لدى الطفل نتيجة لذلك، والتي تعدّ رمزاً لقلق الانفصال عند الأم. وهذا الافتراض تؤكده الدراسات العلمية في هذا المجال، حيث أشارت نتائج تلك الدراسات إلى أن قلق الانفصال قد يصل إلى نسبة (85٪) لدى معظم الأمهات، وذلك لأن أغلب الأمهات اللاتي لديهن أطفال يشكون من الخوف المرضي من المدرسة، كنَ يعانين من قلق ابتعاد أطفالهن عنهن بذهابهم إلى المدرسة. وهذا يشير إلى الدور الذي تلعبه عملية اعتماد الطفل على أمه، وأن قلق الانفصال يسبب له الخوف المرضي من المدرسة.

أما المراحل التي يمر بها الطفل الذي يعاني قلق الانفصال فيصنفها "بولبي" في ثلاث مراحل هي:

1. مرحلة الاحتجاج.
2. مرحلة الحزن والأسى (اليأس).
3. مرحلة عدم الاهتمام (اللامبالاة).

أولاً: مرحلة الاحتجاج:

وتبدأ هذه المرحلة مباشرة بعد انفصال الطفل عن أمه، أو تتأخر عنه بعض الوقت، ويمكن أن تدوم من ساعات عدة إلى أسبوع أو أكثر، يشعر الطفل من أثناءها بالضيق الشديد لفقدان أمه، ويبحث بكل الوسائل الممكنة لاستعادتها مستخدماً كل طاقاته. إنه يبكي ويصرخ ويلقي بنفسه على الأرض، أو يرمي لعبه في كل اتجاه.

ثانياً: مرحلة الحزن والأسى:

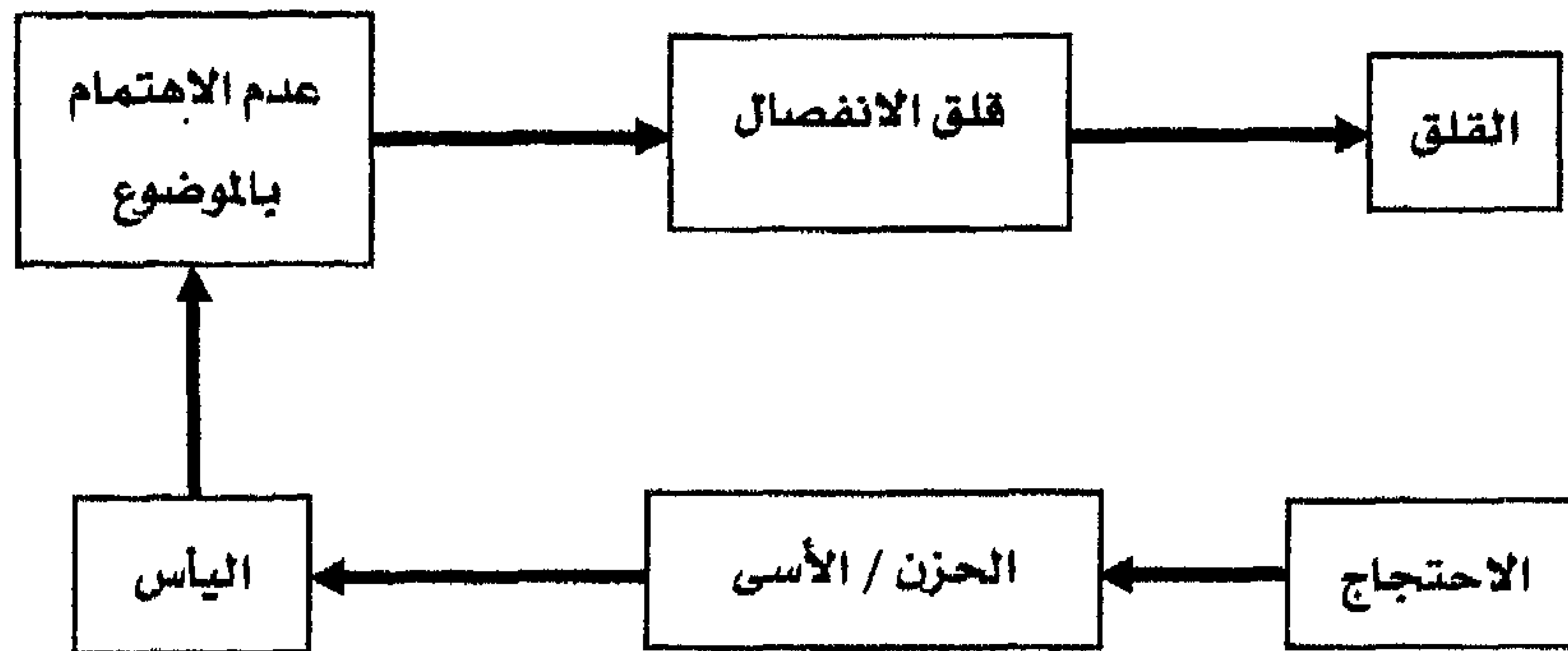
وهي مرحلة اليأس وفقدان الأمل وفيها يظهر الطفل القلق لغياب الأم عنه، ويفقد الأمل بعودتها تدريجياً. ويتميز سلوكه في هذه المرحلة بانخفاض الحركات النشطة، وهو يبكي برتابة أو بشكل متقطع، وتغلب عليه الإنطوائية وقلة النشاط، ويبدو وكأنه في حالة حداد عميقة.

ثالثاً: مرحلة عدم الاهتمام واللامبالاة:

يمكن في هذه المرحلة ملاحظة اهتمام الطفل بما حوله، فهو لا يرفض الآخرين، ويتقبل الطعام واللعب مع الآخرين، ويميل شيئاً فشيئاً إلى التبادل الاجتماعي وإلى الابتسام. وعندما تعود الأم بعد غيابها عنه فإنه لا يكترث بها ويبقى بعيداً عنها وكأنه لا يعرفها من قبل، ويبدو فاقد الاهتمام بها وكأن عودتها لا تعنيه.

(192،41)

والمخطط التالي يوضح المراحل التي يمر بها قلق الانفصال بما يلي:



يبدو من المخطط أن القلق الذي يظهره الطفل نتيجة لغياب أمه عنه يثير فيه الاحتجاج والرفض لهذا الغياب، وعندما تطول فترة الغياب يشعر الطفل باليأس وفقدان الأمل بعودة الأم مما يثير في نفس الطفل شعوراً باليأس والحزن، وبعد ذلك يمر الطفل بمرحلة عدم الاهتمام واللامبالاة لهذا الفقد، ويصبح غير مكترث بغيابها أو في حال عودة الأم إليه.

يلاحظ من هذا العرض أن المظاهر الإكلينيكية لقلق الانفصال تظهر من خلال:

- الرغبة في البقاء في المنزل بجانب الأم.
- الشعور بالضياع والقلق من المواقف المفاجئة الجديدة.
- الشعور بالقنوط واليأس والاكتئاب، الكوابيس التي تدور حول الانفصال.
- إدراك الطفل للشقاق الوالدي أو الخلافات والصراعات بين الزوجين.
- وتشمل الأعراض الاكتئابية المصاحبة لقلق الانفصال:
- الشعور بالحزن.
- فقدان الشهية للطعام.
- عدم الرغبة في ممارسة الألعاب مع الأقران والأتراب.
- قلة النشاط والحيوية.
- الأعراض الجسمية مثل الصداع بالإضافة إلى الأرق وأحياناً الأحلام المزعجة التي قد تتطور إلى كوابيس.

كما تشمل الأعراض الرغبة في البقاء بالمنزل وخوفه من ترك المنزل الذي يحوي في طياته خوفاً من أن يترك أحد الوالدين المنزل، حيث يعتقد الطفل أن بقاءه في المنزل على الأقل سوف يمنع هذا المكروه، وقد يكون هذا الشعور حقيقياً أو متوهماً من قبل الطفل. فحين يستمع الطفل إلى شجار الوالدين بصورة خاصة، وإن كان هذا الشجار عنيفاً أو متكرراً، يستشعر الطفل في ذاته هاجساً بالتهديد من انفصال الوالدين وابتعادهما ولو لفترة، وهذا من شأنه أن يخلق لدى الطفل حالة من الشعور بالضياع.

وفي هذا السياق تتفق الأعراض الإكلينيكية لقلق الانفصال – المشار إليها آنفاً – مع ما اشتملت عليه البنية العاملية لقياس قلق الانفصال الذي وضعه عباس محمود عوض ومدحت عبد الحميد عبد اللطيف (1990)، حيث وجدا أربعة عوامل تُعدّ المسؤولة عن قلق الانفصال عند الطفل وهي:

1. الأعراض الاكتئابية المصاحبة لقلق الانفصال.
2. الشعور بالتهديد من الانفصال عن الوالدين.
3. خوف الطفل من ترك المنزل.
4. إدراك الطفل للخلاف الوالدي.

(30، 97 – 117)

أما فيما يتعلق بنقاط التشابه بين قلق الانفصال والخوف المرضي من المدرسة، فقد يرى بعض الباحثين في هذا المجال أمثال " بلاج" (1987) و"ايزنبيرج " Eisenberg (1958) و"جون بولبي" Bowlby (1973)، أن قلق الانفصال الذي يعاني منه الطفل نتيجة تعلقه وارتباطه بأمه، هو السبب الرئيس المسؤول عن خوف الطفل أو أنه عرض رئيس من الأعراض المكملة لذلك الخوف.

ومن هذه النقطة يرى هؤلاء الباحثون أن المظاهر الإكلينيكية لكل من الخوف المرضي من المدرسة وقلق الانفصال تتشابه إلى حد كبير؛ كالرغبة في

البقاء في المنزل، الخوف من الظلام، الذعر الشديد، ظهور بعض الأعراض الاكتئابية والشكاوي الجسمية، والخوف من الأماكن المفتوحة.

(598 – 595 ،95)

إلا أن قلق الانفصال من زاوية أخرى يختلف عن الخوف المرضي من المدرسة، حيث أن الطفل الذي يعاني قلق الانفصال لديه إحساس بالخوف من التغيير، القلق الحاد، الأعراض البدنية المختلفة نوعاً ما عن أعراض الخوف المرضي من المدرسة، بداية الاضطراب تكون أبكر من بداية الخوف المرضي من المدرسة، واضطرابات وجدانية تكون أشد مما لدى الطفل الخائف من المدرسة.

والجدول التالي يوضح هذه الفروق:

	قلق الانفصال	الخوف المرضي من المدرسة
البداية	يبدأ الاضطراب بالظهور بدءاً من السنة الثانية والثالثة	يبدأ في العادة في سن السادسة أو السابعة
الأعراض	تكون أخف وطأة	تكون أشد وطأة وتوافقها تغيرات فيزيولوجية
القلق	أكثر حدة	أقل حدة

وفي الصدد أشار" لاست " last (1987) إلى مايلي: ليس كل الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة يظهرون قلق الانفصال، وليس كل الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة يظهرون قلق الانفصال، وليس كل الأطفال الذين يعانون قلق الانفصال يعانون من الخوف المرضي من المدرسة.

(656 – 653 ،88)

الوضع الاجتماعي والخوف من المدرسة:

أظهرت نتائج بعض الدراسات أن الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة موزعون بالتساوي بين الجنسين (الذكور – الإناث)، وأنه لا توجد علاقة بين خوف الطفل من المدرسة والطبقة الاجتماعية، وأن المشكلة ليست لها علاقة بعدد الأخوة أو ترتيب الولادة.

بينما أسفرت دراسات أخرى عن نتائج متضاربة بل متناقضة مع نتائج الدراسات الأولى إذ وجدت تلك الدراسات أن بعض الأطفال الذين يعانون خوفاً مرضياً من المدرسة يأتون من أسر ذات مستوٍ اجتماعي/ اقتصادي عالٍ مقارنة بالهاربين من المدرسة.

(33 – 32 ،69)

وتتفق هذه النتيجة مع ما ذهب إليه لال ولال Lall&lall (1979) حيث قالا: إن الأطفال الذين يهربون من المدرسة ينحدرون من عائلات وخلفيات اجتماعية واقتصادية عليا، وهذا الأمر جعلهم يفترضون ما يلي: إن الوالدين من هذه الطبقة يمكن أن:

أ. يكون لديهم توقعات مدرسية لأطفالهم، ولهذا يضعون ضغوطاً أكبر على أولادهم من أجل إبراز هذه التوقعات لدى أطفالهم.
ب. يكون الآباء أكثر تعلقاً وارتباطاً بأطفالهم، ولهذا يكونون أكثر قلقاً واستياءً لجعلهم يحضرون إلى المدرسة.

أما في الولايات المتحدة الأمريكية فقد وجد أن معظم الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة ينحدرون من الطبقة الاجتماعية المتوسطة، ولكن الأمر ليس كذلك في بريطانية، فمثلاً آباء الأطفال الذين يشكون من الخوف المدرسي والذين تم وصفهم من قبل نيرستين Norstein (1962) وتشازان

Chazan (1960)، كانوا عمالاً مهرة أو نصف مهرة، والذين وصفهم "مورجان Morgan" ينحدرون من كل الطبقات الاجتماعية (العليا، المتوسطة، الدنيا) بلا استثناء. بينما الذين وصفهم "هيرسوف" (1960) كانوا من الطبقة الاجتماعية العليا.

(254 ،66)

ويهدف إجراء مقارنة بين الهاربين من المدرسة والخائفين منها فيما يتعلق بحجم الأسرة والطبقة الاجتماعية، وجد "هيرسوف وكوبر" أن الهاربين من المدرسة غالباً ما ينحدرون من أسر ذات حجم أكبر ومستوٍ اقتصادي واجتماعي أقل من تلك التي ينحدر منها الخائفون من المدرسة.

أما "بلاج ويول" (1986) فقد أكد صحة هذه النتائج فيما يتعلق بحجم الأسرة، ولكن لم يجدوا اختلافاً ذا شأن بين مجموعاتهم الخائفة والهارية فيما يتعلق بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي، ويبدو في الغالب أن اختلافات الطبقة الاجتماعية في دراسة "هيرسوف وكوبر " كانت بسبب العينة المنحازة، حيث أخذت من الحالات الموجودة في الطبقة الوسطى.

وعلى النقيض من ذلك، فإن دراسة بلاج ويول (1986) تضمنت كل حالات الخوف من المدرسة التي تحدث في منطقة جغرافية معينة خلال فترة زمنية محددة. رغم ذلك فقد عقب كل من بلاج ويول على وجود فروق كبيرة جداً بين الخائفين من المدرسة والهاربين منها فيما يتصل بمستويات البطالة بين الآباء والأمهات، فالبطالة كانت نادرة عند أهالي المجموعة الخائفة بنسبة (1.8٪) فقط من العاطلين عن العمل مقارنة بالمجموعة الهارية، حيث وصلت نسبة البطالة بين أهالي الهاربين من المدرسة (26.7٪) وقد لوحظ اتجاه مشابه في عدد العاملات أيضاً معظم أمهات الخائفين من المدرسة كان لديهن أعمالاً بدوام كامل أو جزئي وكانت النسبة (67.2٪) مقارنة بأمهات الهاربين والتي كانت النسبة (47.3 ٪).

(173 ،1.8)

ترتيب الولادة:

يبدو من الدراسات المتعددة أن هناك اختلافاً وتضارباً في نتائجها من حيث أهمية الدور الذي يلقى على الطفل الأول والأخير من حيث ترتيب الولادة في عدم رغبته في الذهاب إلى المدرسة. إذ أكدت بعض الدراسات أن معظم الأطفال الخائفين من المدرسة هم الأطفال الأكبر سناً أو ذوي الترتيب الأول أو الثاني بين الأخوة، وبعضها الآخر أكد أن هؤلاء الأطفال هم الأصغر سناً في الأسرة، وذوو ترتيب أخير بين الأخوة. كذلك اختلفت الدراسات التي أجريت في هذا المجال لمعرفة ترتيب الطفل الذي يعاني الخوف المدرسي بين أخوته، هل هو الطفل ذو الترتيب الأول أم هو الطفل ذو الترتيب الأخير، أم الطفل ذو الترتيب المتوسط؟.

أما الدراسات التي أكدت أن الطفل الأخير أو ما قبل الأخير في ترتيب أخوته هو الأكثر شيوعاً ويعاني الخوف من المدرسة بالمقارنة مع أخوته الأكبر سناً منه، فقد وجد" تشازان" (1962) chazan من خلال دراسته التي أجراها على (33) طفلاً يعاني الخوف المرضي من المدرسة أن هناك (21) طفلاً ترتيبهم الأخير بين الأخوة. وقد اتفقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه "نزل رود " (1984) Nessel road في دراسته التي وجد فيها أن أكثر من ثلث العينة كانوا أطفالاً صغاراً.

ومن جهة أخرى وجد "وارنيك" (1964) Warnecke أن الأطفال ذوي الترتيب الأول في الولادة كانوا يعانون الخوف المدرسي بنسبة (90) من أفراد عينته المكونة من (47) حالة اي الأطفال الأكبر سناً في الأسرة.كما لاحظ هيرسوف (1960)، وبلاج ويول (1986) Blagg،Yule أن معظم الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة والذين تمت دراستهم من قبل هؤلاء الباحثين كانوا من الأطفال الأكبر سناً في الأسرة أو الوحيدين في الأسرة.

أما في مجال الدراسات العربية، فقد وجد المؤلف نسبة قد تصل إلى (8٪) من أفراد عينته البالغة (45) طفلاً وطفلة يعانون الخوف المرضي من المدرسة كان

ترتيبهم الأخير أو قبل الأخير بين أخوتهم، ونسبة (4٪) من عدد الحالات كان الطفل الوحيد في الأسرة أو طفل وحيد بين أخوات عدة أو أخت بين أخوة عدة. ويمكن تفسير ذلك بأن الطفل ذا الترتيب الأخير في الأسرة يكون في الغالب أكثر تدليلاً ورعاية من قبل الوالدين والأخوة لكونه كما يسمى بالعامية (آخر العنقود)، وهذا ما يجعل الطفل في كثير من الأحيان يتمسك بوالديه ويحاول البقاء بجانبهم، لأنهما في نظره مصدراً أساسياً لإشباع رغباته وتحقيق متطلباته ومصدر أمنه وسعادته، لذلك نرى أن المدرسة بأبعادها المختلفة ومصادرها المتنوعة غير قادرة على إشباع حاجاته المتعددة كما تقوم الأسرة بذلك، ولذلك نراه يلجأ إلى استخدام أساليب دفاعية للبقاء في البيت وبجانب من يرتبط به.

الفروق بين الجنسين:

يمكن أن يحدث الخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال الذكور والإناث وفي أي عمر، وأنه شائع في السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية. وهنا يتبادر السؤال التالي: هل توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في إظهار خوفهم من المدرسة؟ وللإجابة على هذا السؤال، فقد أظهرت نتائج بعض الدراسات العلمية في هذا المجال أنه لا توجد أية فروق بين الذكور والإناث في درجة خوفهم من المدرسة، كما أشارت النتائج إلى أن حالة الخوف من المدرسة موزعة بين الذكور والإناث. وقد تم ذلك من خلال الدراسات التي أجراها "بلاج" (1979) على (71) طفلاً وطفلة من أطفال المرحلة الابتدائية الذين يشكون الخوف المرضي من المدرسة، والدراسة التي أجراها عباس محمود عوض وزميله (1990) على (100) طفل وطفلة من تلاميذ الصفين الخامس والرابع الابتدائي والتي أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق دالة بين الجنسين (الذكور الإناث) في الخوف المرضي من المدرسة. (29، 42) والدراسة التي أجراها "ولد فوجل" (1956)، و"العاسمي" (1995) والتي أشارت نتائج كل منهما إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في درجة الخوف المرضي من المدرسة بمتغيراته المختلفة: الخوف من الامتحانات، الخوف من الأصدقاء، الانطواء والعزلة، التعلق الوالدي (20).

بينما أظهرت دراسات بعض الباحثين فروقاً دالة في درجة الخوف من المدرسة بين الذكور والإناث، وجاءت هذه الفروق لصالح الأطفال الذكور. وقد تم التأكد من ذلك من خلال الدراسة التي أجراها "هيرسوف " و"جينا" (1984) والتي أظهرت نتائجها أن الأطفال أكثر معاناة للخوف من المدرسة مقارنة بالإناث. أما في مجال الدراسات العربية فقد توصلت الدراسة التي أجرتها " كاميليا عبد الفتاح " (1980) على (77) طفلاً وطفلة من رياض الأطفال وأطفال الصف الأول الابتدائي بمدينة القاهرة إلى أن الذكور أكثر خوفاً من الإناث، بينما أظهرت نتائج دراسات أخرى أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور مثل دراسة "خلدون الزبيدي" (1983) التي أجراها على (900) طفلاً من تلاميذ المدارس الابتدائية في مدينة بغداد حيث أشارت نتائج دراسته أن مخاوف الإناث كانت أكثر حدة من مخاوف الذكور فيما يتعلق بالخوف من الامتحانات والخوف من الطبيب عند زيارته للمدرسة والذهاب إلى المرافق الصحية الخروج إلى الفسحة أثناء فترات الراحة.

وتوصلت دراسة "لينتز" (1985) lentz إلى النتائج التالية: إن هناك فروقاً دالة بين الذكور والإناث في المخاوف المتعلقة بالعقاب البدني سواء في البيت أم في المدرسة، وإن هذه المخاوف ظهرت بدرجة أكثر حدة لدى الإناث منها لدى الذكور.

(87، 981 – 985)، (84، 81)

وقد نفذ "مرسي" (1988) دراسة حول المخاوف الشائعة لدى أطفال المدارس الابتدائية في مدينة دمياط، وذلك من خلال استبانة لرصد مخاوف الأطفال، وقد أظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسط مخاوف الذكور من الأطفال، وأن هذه الفروق جاءت لصالح الإنا .ث مقارنة بالذكور، حيث تجلت مخاوف الإناث في: موت الأم (94٪)، موت الأب (88٪)، الخوف من الثعابين (80 ٪)، الفشل في الامتحانات (78٪) .أما مخاوف الذكور فكانت كالتالي: موت الأم (78٪)، موت الأب (74٪)، الخوف من الثعابين (44٪)، الفشل في الامتحانات (6٪)، الموت المفاجئ (4٪)، كذلك قدمت فايزة عبد المجيد اليوسف دراسة مقارنة حول

مخاوف الأطفال في كل من الريف والحضر، حيث تكونت العينة من (587) طفلاً من أطفال المدرسة الابتدائية، بواقع (296) من الذكور و(291) من الإناث، بمتوسط عمري قدره (10) سنوات. وقد انتهت الدراسة إلى النتائج التالية:

أظهر أطفال الريف مخاوف أكثر من أطفال المدن من خلال الذكور، كما أظهرت الإناث مخاوف أكثر من الذكور في كل من المدن والريف. حيث أظهرت بنات المدن مخاوف من: المدرسة الحشرات، الحيوانات، مقارنة ببنات الريف اللواتي أظهرن مخاوف من: الغرباء، الخوف من المرض، مخاوف اجتماعية مدرسية.

ومن جهة ثانية قام العاسمي (2002) بدراسة حول تطور المخاوف لدى أطفال المدارس الابتدائية من الجنسين فتوصل إلى النتائج التالية: إن المخاوف الأكثر شيوعاً لدى الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية هي التالية: الحيوانات المفترسة، الأشباح، الخوف من الظلام، الخوف من الانفصال. أما مخاوف الأطفال في الصفوف الأخيرة من المرحلة الابتدائية فكانت: الخوف من الله، الخوف من المدرسة، الخوف من الزلازل، الخوف من الرسوب في المدرسة، كما أظهرت الدراسة عدم وجود فروق دالة بين مخاوف الذكور والإناث.

(22،2002)

يلاحظ من الدراسات السابقة أن نسبة المخاوف عند الإناث أكثر منها عند الذكور أي أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور. كما تختلف شدة المخاوف تبعاً لشدة تخيل الطفل؛ إذ تتناسب شدة الخوف طرداً مع شدة الخيال. فكلما كان الطفل أكثر تخيلاً كان أكثر خوفاً، لكن هذا الخوف لا ينطبق كثيراً على مخاوف الأطفال من المدرسة، فقد أظهرت الدراسات التي عرضنا بعضاً منها آنفاً أن مخاوف الأطفال الذكور من المدرسة أشد من مخاوف الإناث، إلا أن هذه الفروق تتعلق بعوامل كثيرة: حضارية واجتماعية وثقافية أكثر ما تتعلق بالفروق بين الجنسين.

3

أعراض الخوف المرضي من المدرسة

الفصل الثالث

أعراض الخوف المرضي من المدرسة

مقدّمة:

يبدو أن هناك عوامل مهيئة لبداية المخاوف المرضية من المدرسة لدى الأطفال، تتضح في صورة أعراض تسبق أعراض الخوف من المدرسة منها: القلق الشديد والمزاج المتقلب الذي يعاني منه الطفل بسبب مرض عضوي والصراعات الانفعالية الظاهرة كتوهم المرض أو أعراض قهرية هستيرية وعدم القدرة على التحرر من العلاقة الاعتمادية مع أمهاتهم، الهلع والفزع الليلي المثير للانتباه، وثورات انفعالية شديدة.

وقد تم وصف الأعراض الإكلينيكية للخوف المرضي من المدرسة من قبل هيرسوف (1960) حيث يرى أنه غالباً ما تبدو المشكلة لدى الطفل على شكل شكاوى مبهمة من المدرسة أو الإحجام عنها بشكل مستمر، ليصل في نهاية الأمر إلى رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة رفضا كليا أو البقاء في البيت كطلب من والديه أحيانا. وغالباً ما يكون هذا الرفض مصاحباً بعلامات واضحة من: القلق والذعر والتي تبدو في أوضح صورها عندما يحين ذهاب الطفل إلى المدرسة ومعظم هؤلاء الأطفال لا يستطيعون مغادرة البيت والذهاب إلى المدرسة، وبعضهم يستطيع مغادرة البيت متوجها إلى المدرسة لكنهم يعودون إلى البيت من منتصف الطريق وبعضهم عندما يكونون في المدرسة يندفعون إلى البيت في حالة من القلق والذعر، والعديد من هؤلاء الأطفال يصرون على أنهم يريدون الذهاب إلى المدرسة ويستعدون لذلك ولكنهم لا يستطيعون ذلك عندما يحين موعد ذهابهم إلى المدرسة، متذرعين بمبررات وجيهة كحيل لكي يتجنبوا الذهاب إلى المدرسة. فقد تظهر على هؤلاء الأطفال بعض الأعراض المرضية كالصداع وآلام البطن والإسهال والتي تكون مبررا وحجة لعدم ذهابهم إلى المدرسة.

(90،388)

ومن جهة أخرى فقد تفصح المخاوف المرضية من المدرسة عن نفسها من خلال طرائق وأساليب مختلفة وبدرجات متنوعة ومتباينة في الشدة وإن هذا يتوقف على عوامل عدة منها: سن الطفل ومستوى نضجه. فعلى سبيل المثال نجد الأطفال الصغار الذين يدخلون رياض الأطفال قد يبكون ويتصايحون أو يتعلقون يائسين بأمهاتهم في حين يظهر الأطفال الأكبر سناً الذعر الحاد والخوف الشديد من شر مرتقب يصيبهم من خلال البقاء في المدرسة، والطفل الذي يعاني من هذا الخوف في العادة لا يستطيع أن يعبر عن ذلك الخوف بصراحة، لأنه يعلم أن والديه سيستخفان به، ويعتبران هذا الخوف سخافة وفي بعض الأحيان يصيح الطفل ويصرخ أو يهدد بالهروب بغية أخذ مشاعره مأخذ الجد، وإذا اتضح له أن الاستعانة المباشرة بغيره تبدو عديمة الجدوى فقد يعمد إلى أساليب أخرى ملتوية يراها أكثر فاعلية. فغالباً ما يقبل المرض العضوي كسبب مقنع لرفضه الذهاب إلى المدرسة. كما أنه يرى لذلك فائدة أخرى هي: الحصول على اهتمام جاد من الكبار. وليس بمستغرب أن يلجأ الأطفال في حالات اليأس والقنوط إلى إظهار هذه الأمراض بما يخدم الغرض المزدوج، فقد يستعين الطفل في بعض الأحيان بعدم رغبته الذهاب إلى المدرسة بالدموع وثورات الغضب التي تؤدي أحياناً إلى سلوك عدواني. وفي حالة إجبار الطفل الذهاب إلى المدرسة قد يتولد لديه الخوف وشحوب الوجه والارتعاد وتصبب العرق، لكن هذه الأعراض سرعان ما تزول وتختفي عندما يزول ضغط إجبار الطفل على الذهاب إلى المدرسة.

(62،7)

ويذكر "رين" Raine (1979) حالة طفلة تدعى جودي ذات الترتيب الثالث في أسرتها، كل صباح قبل ذهابها إلى المدرسة تجلس على طاولة الإفطار وتبكي بصمت مشتكية من مغص معوي، فهي لا تريد أن تأكل، ولا تريد الذهاب إلى المدرسة وتكرر جودي هذا السلوك كل صباح، لكن هذه الأعراض تزول نوعا ما أثناء الإجازات والعطل الرسمية.

(77،8)

ويؤكد هذا الرأي ما ذهب إليه "وولد فوجل، كوليدج وهاهن وهيرسوف (1960) و"بلاج" (1987) في أن انعدام الشكوى من هذه الأمراض الجسمية خلال عطلات نهاية الأسبوع والإجازات المدرسية وعطلات الصيف يدعم وجود علاقة بين أسباب هذه الأعراض والمواظبة على الذهاب إلى المدرسة.

(778 – 104،754)

وفي ضوء ما تقدم، فقد أجمع الدارسون لهذه المشكلة على وجود مجموعة من الأعراض العامة لدى الأطفال الذين يعانون أعراض الخوف المرضي من المدرسة وأهم هذه الأعراض:

1. البكاء والنحيب والتوسل إلى الأهل للبقاء في المنزل.
2. شكاوى جسمية (بدنية – سيكوسوماتية) متنوعة مثل أوجاع الرأس(الصداع) دوار الرأس (الدوخة)، آلام في المعدة أو في الأمعاء، عدم القدرة على الحركة وآلام في الساقين، الإسهال، الحمى ونزلات البرد، فقدان الشهية للطعام، آلام في الحلق.
3. شحوب الوجه واصفراره.
4. نوبات من الغضب أو استعمال ألفاظ تنم عن الغضب أحيانا.
5. استعمال العنف أحيانا كرمي الدمى، أو تحطيم أثاث المنزل.
6. رفض التعاون مع الوالدين حين يجبرونه على الذهاب إلى المدرسة.
7. الصمت وعدم القدرة على الكلام رغم أنه لا توجد لديه أي عيوب في النطق.

الأعراض المصاحبة للخوف المرضي من المدرسة:

تصاحب أعراض الخوف المرضي من المدرسة مجموعة من الأعراض النفسية والعقلية والاجتماعية، وأهم الأعراض المصاحبة هي التالية:

أولاً: الاكتئاب (Depression):

اهتم عدد من الباحثين بالحديث عن الاكتئاب لدى الأطفال الذين لديهم أعراض الخوف المرضي من المدرسة، واعتبر هؤلاء الباحثون أن الاكتئاب لدى هؤلاء الأطفال قد يكون عرضاً طارئاً ينتاب الطفل وهو في طريقه إلى المدرسة أو أثناء وجوده في المدرسة، وقد يكون الاكتئاب مرضياً مزمناً في أحيان أخرى. وقد تم التأكد من هذا الافتراض بما قاله دافيدسون (1961) إذ أشار إلى وجود علاقة بين أعراض الخوف المرضي من المدرسة والاكتئاب، وتم إثبات ذلك من خلال الدراسة التي أجراها بلاج (1987) والتي وجد فيها أن هناك (17) حالة من أصل (70) حالة تعاني أعراض الخوف المرضي من المدرسة أظهرت وجود اكتئاب لديها.

ويذكر "تشابل" Chable(1955) أن هناك (4/3) من الأطفال الذين درسهم على الأقل لديهم حالات اكتئابية داخلية المنشأ لا علاقة للمدرسة أو المنزل بها. وقد فسر هذه النتيجة بأنها راجعة إلى تأثيرات مزاجية طبيعية داخلية المنشأ أكثر من كونها ذات علاقة بالجو الأسري والظروف المدرسية، وإن هذا الخوف الذي يعاني منه هؤلاء الأطفال ما هو إلا صورة واحدة فقط من صور الاكتئاب المتعددة (67).

ويعدّ بعض الباحثين مثل "الجر"(1955) Alger و(تيرمان tyerman أن أعراض الخوف المرضي من المدرسة هو مجرد عرض من أعراض الاكتئاب، وأن المشكلة الرئيسة التي يعانيها هذا الطفل هي الاكتئاب وليست الظروف الأسرية أو المدرسية والأكاديمية، ولذلك ينبغي عند التعامل مع هذه المشكلة التعامل أولا مع الاكتئاب الذي يعاني منه الطفل والذي يتجلى في عدم رغبته في التعامل مع

الآخرين من الزملاء أو المعلمين في المدرسة أو الزملاء خارج المدرسة، لذلك يفضل البقاء في المنزل ليحمي نفسه من المثيرات الكثيرة التي تعكر صفو هدوئه النفسي.

ومن جهة أخرى عدّ باحثون آخرون مثل دافيدسون (1961) أن هناك علاقة ارتباطية وثيقة بين الخوف والاكتئاب وأن هناك ثلاثة أرباع الحالات التي قابلها كانت مكتئبة. وقد أسفرت نتائج الدراسة التي قام بها كل من "بيرنستين وجارفينكل" Bernstein and Garfinkel (1988) على عينة قوامها (42) طفلاً مراهقاً ممن يترددون على العيادات النفسية الخارجية بجامعة مينيسوتا، تراوحت أعمارهم بين (7 – 18) سنة، أن هناك (11) حالة يعانون الخوف المرضي من المدرسة بالإضافة إلى أنهم يعانون من القلق والاكتئاب مع احتمال وجود نموذج عائلي نوعي يتجاوب مع أعراضهم المرضية. وفي دراسة أجراها العاسمي (1995) على عينة قوامها (45) طفلاً يعاني الخوف المرضي من المدرسة مقارنة بـ (45) طفلاً عادياً ممن تتراوح أعمارهم بين (6 – 9) سنوات، أن هناك فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (1 ٪) بين أطفال المجموعتين على مقياس الاكتئاب لصالح الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة. أي أنه بزيادة أحدهما يزداد الآخر، أو أن زيادة أحدهما يؤدي إلى زيادة الآخر، فقد تزداد حدة المخاوف فتؤدي إلى درجة عالية من الاكتئاب.

(74 – 70 ،64)

وقد عالج "خاند يلوال وباري مورثي" Khandelwal Parhce (1987) Murthi حالة طفل يعاني من الخوف المرضي من المدرسة إضافة إلى اضطرابات متنوعة، حيث حضر الطفل إلى العيادة النفسية مرافقاً والده بعد أن لاحظ مدرسه أنه لا يستطيع التركيز، وكان يكبر أخوته الأربعة، كما اتسم سلوكه بالهدوء والطاعة وحب اللعب، ثم بدأ يعاني من أمراض عدة تمثلت في ضعف الشهية للطعام، والسير أثناء النوم، والشكوى من آلام بدنية واضطرابات في النوم، وصعوبة في التركيز، وترك المدرسة أكثر من مرة بلا مبرر، ونسيان ما يتعلمه بسرعة. وبعد

ذلك انتابته حالة هياج، وتبين من الفحص الطبي الشامل خلوه من الأمراض الجسمية أما الفحص النفسي، فقد أظهر أنه يعاني من مشاعر الحزن والقلق والقصور النفسحركي، وضعف تقدير الذات وميول انتحارية. شخصت حالة الطفل على هذا الأساس أنه يعاني من الخوف من المدرسة بالإضافة إلى الاكتئاب. وتم إعطاؤه جرعات من "الامبرامين" (Elmrbramien) وخلال أسبوع بدأ الطفل يستجيب للعلاج، ولم يظهر أي اضطرابات نفسية أو قصور في الدراسة، وتحسن سلوكه بصورة عامة، وأصبح عادياً ومواظباً على الحضور إلى المدرسة بصورة منتظمة، ولم تظهر عليه الأعراض الآنفة الذكر أثناء المتابعة التي استمرت نصف عام.

(5 – 85،1)

ثانياً: ضعف التحصيل الدراسي:

يعني ضعف التحصيل" التأخر الدراسي الهوة الموجودة بين التحصيل الدراسي للتلميذ ومتطلبات المدرسة". وقد جاء في معجم علم النفس الألماني في وصف المقصرين دراسياً: أنهم التلاميذ الذين لا تتناسب نتائجهم مع الحد الأدنى لمتطلبات المدرسة. ويمكن أن يعرف بأنه ضرر كبير أو قليل في نمو شخصية التلميذ عند تحقيق متطلبات الخطة الدراسية.

(176 ،49)

وقد تضاربت الآراء حول العلاقة بين درجة التحصيل الدراسي وبين عدم ذهاب الطفل إلى المدرسة، فيرى بعضهم أن الخوف المرضي من المدرسة لا يقتصر على التلاميذ المتأخرين دراسياً وإنما ينتشر كذلك بين التلاميذ المجتهدين بقدر ما ينتشر بين المتوسطين والمتأخرين دراسياً .بينما يرى بعضهم الآخر أن هناك علاقة ارتباطية طردية بين الخوف من المدرسة لدى الأطفال والتأخر الدراسي.

.(30 – 22، 52)

ويفسر العلماء ذلك بالقول: إن عملية التعلم ذات طبيعة تراكمية فيها يتعلم الطفل المعلومات القديمة، والجديد من المعلومات يعدّ امتداداً للمعلومات السابقة ومتصلاً بها. فإذا لقي الطفل تأييداً ورضىً من والديه، من حيث بقائه في البيت إلى جوارهما وعدم ذهابه إلى المدرسة، فإنه لا يتابع عدداً من الدروس، ونتيجة لذلك سيعاني الطفل من التأخر الدراسي عن بقية زملائه. ويؤيد هذا الرأي كل من "تشازان" Chazan (1962) و"بلاج ويول" Blagg and Yule (1987) و"هربرت" Herbert (1978)، الذين يرجعون خوف التلميذ من المدرسة إلى صعوبات في التعلم يواجهها الطفل في مدرسته مما يؤدي إلى فشل التلميذ في الحصول على نتائج جيدة في المدرسة كما أن الجو الأسري الذي يعيش فيه التلميذ المليء بالواجبات الكثيرة ووجود جو عائلي مليء بالتوتر والاضطراب الانفعالي الأمر الذي يؤدي إلى فشل التلميذ دراسياً.

(145، 91)

وقد أسفرت الدراسة التي أجراها العا سمي (1995) إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة والأطفال العاديين في التحصيل الدراسي وذلك لصالح الأطفال العاديين. أي أن الطفل الذي يعاني من الخوف المرضي من المدرسة لديه انخفاض واضح في الأداء المدرسي وانخفاض في الاستعداد الدراسي.

أما الاتجاه الآخر فيرى أن الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة يتفوقون في دراستهم، ويبدو أنهم لا يخافون الفشل الدراسي وإنما يعانون قلق الانفصال عن الأم. ويدعم هذا الرأي ما ذهب إليه "وولدفوجل" (1959) في دراسته التي أجراها على (36) طفلاً ممن يعانون الخوف المدرسي أن الأداء الأكاديمي لهؤلاء الأطفال كان مرتفعاً بصورة عامة. فقد حصل (13) طفلاً منهم على أداء أكاديمي مرتفع، وحصل (21) طفلاً على أداء مرضٍ، ولكن وجد ان حالتين كان أداؤهما الأكاديمي غير مرضٍ.

(332 – 324،105)

يبدو من خلال العرض السابق أن هناك علاقة طردية بين الخوف المرضي من المدرسة والتحصيل الدراسي. بمعنى آخر: إنه كلما انقطع الطفل عن المدرسة نتيجة لخوفه منها، فإن ذلك يفقده الكثير من المعلومات التي سيطالب بها في الامتحان، وهذا الأمر يجعله في حالة من التشتت الذهني وقت الامتحانات لعدم قدرته على استيعاب المعلومات التي حصل عليها أقرانه في المدرسة وعندئذ يصاحب بالإحباط وبالتالي ستكون نتائج دراسته غير جيدة.

الخوف المرضي من المدرسة والقدرات العقلية:

عند الحديث عن القدرات العقلية (الذكاء) غالباً ما يطرح السؤال التالي: هل هناك علاقة بين الذكاء وخوف الطفل من المدرسة ؟

وللإجابة على هذا السؤال: نجد هناك رأيين مختلفين حول هذه المسألة.

فأصحاب الرأي الأول يؤمنون بوجود علاقة واضحة بين مخاوف الأطفال ومستوى الذكاء ويدللون على ذلك بالحجج والبراهين المنطقية والتطبيقية، حيث يرون أنه – من المحتمل – أن يكون الأطفال ذوو الذكاء العالي أكثر وعياً بالأخطار التي تحيط بهم من غيرهم من الأطفال. كما أنهم يتمتعون بإدراك أفضل للبيئة المحيطة بهم. أما الأطفال الأقل ذكاءً فإن الخوف من الأحداث الخارقة للطبيعة تكون أكثر شيوعاً لديهم، لأن الوعي كما يقولون يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالقدرات الإدراكية.

(20،9)

وبناءً على ذلك فإن الأطفال الأذكياء يدركون الأخطار في وقت مبكر، ويتغلبون عليها في وقت مبكر أيضاً، وبالتالي تكون لديهم مخاوف أقل من مخاوف الأطفال ذوي الذكاء المتوسط. كذلك يرى "ماي جري" Ma Yjerry (1977) أن الفرد ذو الذكاء العالي يعاني من الخوف بنسب أقل من الفرد صاحب الذكاء

المنخفض (150،92 – 159). بينما يشير أصحاب الرأي المخالف إلى عدم وجود أية علاقة بين الخوف المرضي من المدرسة والذكاء، فقد وجد "همب"(Hampe 1973) أن ذكاء الأطفال الذين يعانون خوفاً مرضياً من المدرسة كان موزعاً بينهم بصورة طبيعية كتوزع نسبة الذكاء بين عامة الناس. وهذا ما أكدته دراسات كل من " وارين جولدنبرج واسنبرج وهيرسوف " في أن الغالبية العظمى من الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة يكونون في العادة من الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط.

(20، 62)

يلاحظ مما تقدم أن معظم الدراسات التي تناولت الخوف المرضي من المدرسة وعلاقته بالقدرات العقلية والتحصيلية انتهت إلى أن الغالبية العظمى من الأطفال يكون مستوى ذكائهم في حدود المتوسط أو فوق المتوسط، كما أنهم يظهرون في الغالب مستوىً مقبولاً في التحصيل.

ثالثاً: الخجل (الانطواء والعزلة):

يتعذر تعريف الخجل في كثير من الأحيان لأن الشخص الخجول محشو بالعناصر الشديدة التعقيد التي لا يمكن تمييزها عن القلق الاجتماعي. وأن ثمة تنوع في مصادر الخجل بقدر ما يوجد بين الخجولين ثانياً.

فالخجل إذن هو استعداد وجداني وانفعالي يتمثل في العلاقات بين الخجول والآخرين، إنه مرض وظيفي يتجلى بفعل ضرب من عدم التكيف المؤقت أو الدائم. ومن مظاهره:

اضطرابات في الإفرازات مثل: التعرق وخصوصاً الأطراف، جفاف الحلق وتوسع الأوردة السطحية التي يسبب احمرار الوجه، اضطرابات في الكلام والتنفس، الرعب المصحوب بالضيق الداخلي الشديد والإحساس بالاختناق، ويعقب هذا

الخجل الهروب، ورفض مواجهة أي وضع يعرف الخجول مسبقاً أنه يثير الخجل. فالطفل الخائف من المدرسة يرفض الحضور إلى المدرسة والدخول إلى غرفة الصف والوقوف أمام التلاميذ للإجابة على سؤال طرحه المعلم، لذلك نراه يهرب من هذا الموقف كلياً ويحاول قدر الإمكان تجنب المدرسة والبقاء في البيت بجانب والدته.

وفي هذا الجانب، أكدت الدراسة التي أجراها "جيمس" james (1992) على الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة، هناك علاقة وثيقة بين خجل الطفل ورفضه الذهاب إلى المدرسة. وشدد على الأساليب التربوية الخاطئة التي تنتهجها الأسرة والمدرسة والمجتمع عموماً في التعامل مع هؤلاء الأطفال والتي تنعكس على نظرة الطفل السلبية نحو نفسه، والأسرة والآخرين.

(82)

ويلاحظ مما تقدم أنه قد يكون للخجل chame دوراً بارزاً في تكوين مفهوم الطفل نحو ذاته، وقد يكون السبب الرئيس لكثير من الصعوبات الشخصية التي يعاني منها الأطفال وخصوصاً الذين يعانون الخوف المدرسي بصورة حادة. بالإضافة إلى هذه الأعراض المصاحبة للخوف المرضي من المدرسة هناك أعراض أقل أهمية منها نذكر منها على سبيل المثال:

- اضطرابات النوم: كالنوم المتقطع، الأحلام والكوابيس المزعجة التي يدور محتواها عن المدرسة والبيئة الخارجية كمثير مهدد لكيان الطفل.
- الخوف من الظلام: فقد يدعي الطفل الخائف رؤية عيون تحملق به في الليل.
- الخوف من الأماكن المفتوحة.
- الخوف من الحيوانات: كالخوف من القطط والكلاب.
- القلق الشديد وعدم القدرة على التركيز: وخصوصاً في الأماكن التي تسبب له الضيق والاختناق.

4

أسباب الخوف المرضي من المدرسة

الفصل الرابع

أسباب الخوف المرضي من المدرسة

مقدّمة:

يعجز الآباء في كثير من الأحيان عن إقناع أبنائهم الرافضين للمدرسة بالعودة إليها. لذلك فهم يعانون القلق والتوتر لفهم هذه المشكلة، وفي بعض الأحيان يعجز الأطفال عن إعطاء سبب واضح يبرر سلوك عدم ذهابهم إلى المدرسة. وفي أحيان أخرى، يعطون أسباباً تبرر تصرفاتهم، إلا أن الأسباب التي يقدمها الطفل الرافض للمدرسة يمكن أن تحمل الجرح الحقيقي، كأن يدعي الطفل بأن مدرسه قد وبخه أو ضربه لعدم متابعته الدروس أو كتابة الواجبات المنزلية، فعندئذ يصبح الطفل خائفاً خوفاً شديداً من المدرس الذي قدم له هذه الملاحظات، أو قد يدعي الطفل أحياناً وجود مشكلات بينه وبين أصدقائه في المدرسة. وقد يقدم في حالات أخرى تفسيرات مرضية بهدف عدم الذهاب إلى المدرسة كأن يقول لأمه، على سبيل المثال:" إن معدتي تؤلمني بشكل حاد وإنني غير قادر على الذهاب إلى المدرسة هذا اليوم".

وفي الحالات التي يرجع الطفل فيها إلى المدرسة، فإن القلق والخوف يتفجر بنفس القوة التي كان عليها من قبل. كما تظهر الأعراض بشكل أقوى من الأول، مما يشير إلى أن الخوف من المدرسة قد بقي قوياً، وأن الأسباب التي قدمها ما هي إلا محاولة فاشلة للتعبير عما يدور في نفسه من مشاعر الإحباط والقلق والصراع الداخلي.

(37 – 22 ،52)

يتبين من خلال العرض السابق أن أسباب الاضطراب غير محددة المعالم بشكل واضح ودقيق، بسبب تدخل عوامل كثيرة بعضها خاص بالطفل، وبعضها الآخر يتعلق بالبيئة الأسرية، وبعضها الثالث يتعلق بالمدرسة وما تتضمنه من مثيرات أو مواقف طبيعية أو بشرية. ومن هنا ذكر العلماء وجود مجموعة عوامل رئيسة تعد المسؤولة – في نظرهم – عن خوف الطفل من المدرسة أو رفضه الذهاب إليها. ومن أهم هذه الأسباب ما يلي:

أولاً: الأسباب الخاصة بالطفل:

ينبغي علينا أن نفحص في ضوء المعلومات العلمية التي حصلنا عليها عن تطور النمو النفسي للطفل في سن الخامسة أو السادسة من العمر، وفي هذا السن يعهد بالطفل إلى المؤسسات التربوية العامة أو الخاصة، ويكون مجيئه إليها لأول مرة خبرة جديدة على المستوى الوجداني والعاطفي. إنه عانى وقوف نزعته الصلبة للأسرة نتيجة لحبه شخصاً معيناً، أنه استشعر رغبة جامحة في امتلاك هذا الشخص المحبوب (الذي غالباً ما تكون الأم)، وقد أحس بصلته بوالديه، مشاعر الحب والاحترام والإعجاب ومشاعر المنافسة المؤلمة مع منافس أقوى منه، كما شعر بالعجز والآثار المؤلمة للفشل، ونتيجة لذلك يقاسي الطفل تحت ضغط التربية والتنشئة الاجتماعية من المخاوف المكدرة والقلق المرهق، وعانى تغيرات كبيرة داخل نفسه. فالطفل حين يدخل الصف يكون مهيئاً لأن يدرك أنه واحد ضمن أطفال كثر، ومنذ ذلك الوقت لا يمكن أن يتوقع لنفسه مركزاً ممتازاً. لقد تدرب بعض الشيء على التوافق الاجتماعي فبدلاً من أن يحاول باستمرار إشباع رغباته الخاصة كما كان يفعل من قبل، فإنه الآن على استعداد لأن يفعل ما يطلب منه، وأن يجعل مسراته وملذاته مقصورة على تلك الأوقات التي يسمح له فيها بإشباعها. ويبدأ الآن اهتمامه بأن يرى كل شيء، وأن يتعرف على الأسرار الخاصة بمحيطه، يتحول إلى ظمأ للمعرفة وحب التعلم. وبدلاً من التأملات والتفسيرات التي كان يتوق لها من قبل، فإنه الآن على استعداد أن يتلقى المعرفة، إلا أنه يفاجىء بأن هذه البيئة مكدرة ومنغصة لحياته نتيجة وجود متطلبات كثيرة عليه القيام بها. ووجود أطفال

أكبر منه قد يسخرون منه أو يضربونه.. لذلك يتخذ أسلوباً دفاعياً لمواجهة البيئة المؤلمة بالهروب منها والبقاء في المنزل.

(75 ،6)

ويمكن أن نجمل هذه الأسباب بما يلي:

- ضعف الثقة بالنفس.
- اعتماد الطفل الشديد على والديه.
- القلق الشديد والضغوط التي تهدد شعور الطفل باحترامه لنفسه، بسبب عدم قدرته على التغلب على بعض الصعوبات خارج المنزل.
- المرض المزمن الذي يعاني منه الطفل أو حادث طارىء ألم به.
- عمليات جراحية للطفل استدعت بقاؤه في المستشفى لمدة طويلة.
- الشعور بالنقص والعجز، كالضعف الجسمي أو الإعاقة الجسمية، كالنحافة والسمنة والتشوهات الخلقية المختلفة.
- مشاعر الحرمان والنبذ كما يدركها الطفل من قبل الوالدين. فقد أظهرت نتائج الدراسة التي قامت بها ممدوحة سلامة (1987) عن مخاوف الأطفال وإدراكهم للقبول /الرفض الوالدي وجود ارتباط موجب ودال بين مايبديه الأطفال من مخاوف وبين إدراكهم للرفض من قبل والدتهم (48، 54 – 60).
- مرور الطفل بخبرات انفصال عابرة، ارتبطت بأحد أنواع مخاوف النمو التي يتعرض لها الطفل، كالخوف من الهلاك، والخوف من فقدان الأم، والخوف من الغرباء، والخوف من الأماكن المفتوحة، والخوف من الظواهر فوق الطبيعية مثل الأشباح.
- موت أو مرض شخص في الأسرة متعلق به الطفل تعلقاً شديداً.
- الانتقال إلى مسكن آخر في مرحلة الطفولة المبكرة، وعدم استقرار علاقاته الاجتماعية مع أقرانه نتيجة لذلك.
- الخجل والانطواء الذي يجعل الطفل عرضة للاضطهاد والنبذ من قبل رفاقه في المدرسة.

ثانياً: الأسباب الخاصة بالأسرة:

يوجد إثبات جيد بأن الأطفال الهاربين والخائفين من المدرسة يختلفون في علاقاتهم المرتبطة بالأسرة، فقد ذكرت دراسات كثيرة تكرار حدوث قلق الانفصال لدى الأطفال الذين يعانون من الخوف المدرسي، كما أثبت " بلاج ويول " هذه النتائج، حيث كانت مخاوف الأطفال مرتبطة بشكل دال من الهاربين من المدرسة فيما يتعلق بـ:

- قلق الانفصال وعلاقته بكل من الأب والأم.
- قلق أحد الأقارب.
- قلق حول صحتهم وصحة آبائهم.
- تعلم الخوف من أحد الوالدين بشكل مباشر، مثل خوف أحد الوالدين من المواقف الجديدة، وهذا ينمي في نفس الطفل الخوف من مثل هذه المواقف، وخصوصاً عند دخول الطفل للمدرسة كبيئة جديدة. ويؤيد هذا الرأي ما وجد من تشابه بين مخاوف الأم ومخاوف طفلها ؛ فالطفل يخاف من الأشياء نفسها التي تخاف منها أمه ؛ فالأم التي تخاف على أبنائها خوفاً شديداً ينتقل خوفها إليهم، ويصبحون عندئذ عرضة للخوف الشديد على أنفسهم.

ففي دراسة قامت بها "بيرت" Burt بعد فترة قصيرة من الحرب العالمية الثانية، وجدت بأن كثيراً من الأطفال الذين أخذوا من قبل أمهاتهم إلى الملاجىء الواقعة قرب المدرسة من أجل وقايتهم من الغارات الجوية، كانوا يخافون من تلك الغارات بالقدر الذي تخاف منها الأمهات وقد ارتبط خوفهم هذا بالمدرسة.

(103 ،25)

- احتمال وجود مشكلات عنيفة بين الوالدين (الأب – الأم) كالمشاجرات الدائمة بينها على أتفه الأسباب، وعند ذلك يعتقد الطفل أنه لابد أن يبقى في المنزل حتى يحمي الأم من بطش الأب، وهذا وحده يزيد من اعتماد الطفل على الأم،

ويخشى من اختفاء الأم، ويصبح هذا الشعور عميقاً لا يظهر على السطح إلا حين ينوي الطفل الخروج من البيت والذهاب إلى المدرسة. ويذكر وولمان في كتابه (مخاوف الأطفال 1991) أن بنتاً في الثامنة من عمرها تعاني الخوف المرضي من المدرسة بشكل حاد، كما جاء في التقرير التشخيصي عنها، وقد كانت ترفض الذهاب إلى المدرسة، فتتقيأ كلما حاول والدها إرغامها على ذلك، وكان نومها مضطرباً إلى درجة كبيرة، تعصف به الكوابيس، ولم يكن السبب الذي قدمته لتفسير خوفها من الذهاب إلى المدرسة، سبباً مقبولاً في حقيقة الأمر... فهي ذات يوم استرقت السمع إلى المشادات الكلامية بين والديها، وعرفت أنهما قررا الانفصال ؛ ففي وقت متأخر من الليل عشية إصابة البنت بالخوف المدرسي، كان والداها يناقشان قرارهما غير مدركين أن ابنتهما كانت مستيقظة في فراشها وتستمع إليهما... وفي ذلك الصباح أخبرتها أمها بأن والدها سينتقل إلى مسكن آخر بصورة مؤقتة.

(9، 169 – 170)

- عدم اهتمام الوالدين بالطفل، فيضطر الطفل نتيجة لذلك لرفض المدرسة وعدم الذهاب إليها كمحاولة لجذب انتباه الوالدين.
- المبالغة الشديدة في الحماية والرعاية من قبل الوالدين وخصوصاً الأم للطفل، الأمر الذي يجعل الطفل سريع التأثر في ظل غياب أحد الوالدين عن ناظريه عند ذهابه إلى المدرسة. والدليل على ذلك أن هيرسوف قد لاحظ في دراسته التي أجراها عام (1960) أن نصف أمهات الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة كن يفرطن في تدليل الأطفال بصورة غير عادية، بينما ذهب إلى أن ربع الأمهات كن متسلطات، قاسيات، ومفرطات في ضبط أطفالهن.
- احتمال وجود علاقة عدائية لاشعورية بين الطفل وأمه كالخوف من الانفصال عن بعضهما وكمحاولة لكبت الشعور العدائي بين الطرفين تحاول الأم أن تكون موضوع العاطفة حيث يجبر الطفل على البقاء بجانبها. وقد نظرت

"دافيدسون " (1961) Davidson إلى الخوف المرضي من المدرسة على أنه تعبير ودليل على اضطراب العائلة، وأن أمهات الأطفال ذوي المخاوف المرضية من المدرسة يتصفن بالتناقض الوجداني، لذا فهن يخشين من عدوانيتهن المكبوتة والتي تظهر غالباً في انفجار ثورات الغضب، مما يفقدهن التوازن الانفعالي في التعامل مع أطفالهن وقد ذهب إلى أبعد من ذلك حيث يصف الأمهات بأنهن غير ناضجات، وأنهن يعتمدن على أمومة الجدة، وأنهن ميالات لتكرار علاقتهن بأطفالهن بما كانت عليه علاقتهن مع أمهاتهن، رغم ادعائهن وتظاهرهن بأنهن تشجعن الطفل على العودة إلى المدرسة، إلا أنهن يعملن بصورة لا شعورية في الاتجاه المناقض لهذا.

- مرض الأم أو الأب، أو موقع موت أحد الوالدين في حال وجود الطفل في المدرسة. ومن هذه النقطة اعتبر " لازاروس" (1960) Lazarus أن الخوف من الموت هو النواة والقاعدة الأساسية للخوف المرضي لدى الطفل من المدرسة ومن البيئة الخارجية أيضاً، وفي هذا السياق فقد ذكر حالة طفلة في التاسعة من عمرها.. عبرت بأنها لم تخش أو تخاف من المدرسة، ولكنها كانت تخاف أن تموت والدتها قبل أن تعود من المدرسة إلى المنزل. وقد أشارت إلى هذا المعنى فيما بعد" دافيدسون " (1961) حيث وجدت لدى ثلاثين أماً وأباً من أمهات وآباء الحالات التي تعاني الخوف المرضي من المدرسة توقعاً للموت بدرجة كبيرة، ويشعرون بأنهم مهددون، ويظهرون هذا التوقع للموت بشكل مرضي شديد قبل بدء ظهور أعراض الخوف المرضي من المدرسة لدى الطفل.

ثالثاً: أسباب تتعلق بالمدرسة:

هناك أيضاً أسباب تتصل بالمدرسة على اعتبارها بيئة جديدة ومصدر خوف للطفل أيضاً، حيث يعجز الطفل في إطارها عن التكيف معها، من حيث التفوق الدراسي، أو من حيث التعامل مع الأقران، وبالتالي يكون النكوص عن هذا الإطار المدرسي سبباً من أسباب خوف الطفل المرضي من المدرسة. وقد وجدت بعض الدراسات مثل دراسة كوبر (1966) Coober بعض الأدلة على أن الأطفال

الخائفين من المدرسة يغيرون في كثير من الأحيان مدارسهم وصفوفهم نتيجة انتقال سكن الأسرة من منطقة لأخرى مما يجد الطفل صعوبة في التوافق مع المكان الجديد، والأطفال والمعلمين الجدد كبيئة جديدة لم يألفها من قبل. وأظهرت دراسة "نزل رود جينا" (1984)وجود مجموعة من العوامل تعد مسؤولة عن سلوك الرفض عند الأطفال في الذهاب إلى المدرسة وهي: النظام القائم في المدرسة و البعد عن الزملاء و الخوف من باص المدرسة و مطالب دراسية كثيرة و خبرة جديدة مع أناس جدد في المدرسة.

(18 ،94)

أما "كلاين" (1945) Klin فقد قسم خوف الطفل من المدرسة إلى خوفه من المدرس أو من التلاميذ الآخرين أو من العمل المدرسي الذي يتوقع معه الفشل نتيجة لكبر حجم المنهاج والموضوعات التي يتناولها وضخامة الواجبات المدرسية الملقاة على عاتق الطفل، وأسلوب الامتحانات التقليدي الذي يعتمد على الحفظ البصم. وهذا التقسيم نحتاج إليه اليوم لتحديد نوع العلاج وخصوصاً في الحالات التي يكون فيها الخوف من المواقف المختلفة داخل المدرسة مثل الصعوبات الدراسية الحقيقية، ومع ذلك، قللت كلاين من احتمالات أن يكون الخوف من داخل المدرسة، وفسرت مخاوف الطفل في ضوء تعلقه الشديد بأحد والديه طبقاً لما تقوله "عقدة أوديب".

وقد وجدت بعض الدراسات، أمثال الأبحاث التي قام بها كل من "هيرسوف"(1960) "بلاج" (1979) "وبلاج ويول" (1986)، (1969) و"تريستر" (1980) و"ايزينرج "(1958)، بعض الأدلة على بعض الأطفال الخائفين من الذهاب الى المدرسة يغيرون في أكثر الأحيان مدارسهم نتيجة انتقال الأهل إلى بيت آخر، لذلك يجد الطفل صعوبة في التوافق مع البيئة الجديدة ومع الأطفال والمعلمين الجدد، ومن الأحداث الصادمة للطفل داخل الفصل وخارجه مثل الخوف من

الازدحام والخوف من الأماكن المغلقة، والخوف من الامتحانات والخوف للتعرض للضرب من قبل الأقران وبعد المسافة بين البيت والمدرسة.

وأشار تشازان (Chazan (1962 إلى أهمية العوامل المدرسية في نمو الخوف لدى الطفل، حيث وجد في دراسته التي أجراها على (33) طفلاً يعانون الخوف المرضي من المدرسة أن العوامل المدرسية الأكثر أهمية في خوف الطفل من الذهاب إلى المدرسة، والتي جاءت حسب تقارير الأطفال، هي كما يلي:

- الخوف من الأطفال الآخرين الأكبر سناً.
- الخوف من الأذى الذي ربما يلحق به من المدرسة.
- الكره من طريقة إلقاء الدروس.
- الأحداث المسببة للخوف لدى الطفل داخل غرفة الصف مثل: الخوف من الازدحام، الخوف من الامتحانات، عدم القدرة على الإجابة عن أسئلة المعلم.

بينما وجد "بلاج ويول" (1979) من خلال دراستهما لـ (56) طفلاً يعاني أعراض الخوف المرضي من المدرسة أن (23) طفلاً منهم لديهم صعوبات أكاديمية تحتاج إلى مساعدة علاجية بهذا الخصوص، وأن (42٪) طفلاً لديهم صعوبات تتعلق بأدائهم المدرسي.

ورغم ذلك، فإن الأبحاث الكثيرة في هذا المجال ترى بأن العوامل المدرسية قد تكون أحد مصادر الخوف الرئيسة والأكثر انتشاراً لدى معظم الأطفال، حيث يرى "مردوك وهيرسوف" (mardock (1975 و"هيرسوف" (hersov (1960 أن سبب الخوف المدرسي لدى الكثير من الأطفال قد لا يكون له علاقة بقلق الانفصال عن الأم كما يرى أصحاب نظرية التحليل النفسي وخاصة نظرية الانفصال، وإنما يرجع بصورة رئيسة إلى خبرة مقلقة تحدث للطفل داخل أسوار المدرسة. ويؤكد هذا القول الدراسة التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تبين منها أن أطفال المدارس الابتدائية يميلون إلى الخوف في المواقف المدرسية التالية:

- فشل امتحاني.
- أن يذهب الطفل متأخراً إلى المدرسة.
- ضعف في التهجي.
- ضعف في القراءة.
- الحصول على درجات منخفضة في الامتحانات.
- التوبيخ الذي يتلقاه من بعض زملائه ومدرسيه.
- عدم قدرته على منافسة أقرانه في أداء الأعمال المدرسية (كتابة الوظائف، حفظ القصائد، حل المسائل الحسابية... الخ).

(91،243)

ويمكن أن نلخص أهم المواقف المدرسية التي يمكن أن تثير الخوف في نفس الطفل وتجعله غير قادر على الذهاب إليها ورفضها رفضاً كلياً أو جزئياً، بالمواقف التالية:

1. الخوف من المدرسين الصارمين.
2. تعرض الطفل للإيذاء والسخرية من رفاقه في المدرسة.
3. خبرة سيئة تكوين صداقات مع الأتراب(الأقران).
4. الخوف من الفشل في الدراسة والعقاب الوالدي الناتج عن ذلك.
5. الإحساس بالضعف البدني بالمقارنة مع زملائه، فقد يبدو الطفل نحيل الجسم أو سمين أو قصير أو طويل. وفي هذا الاتجاه ذكرت "جيتا" geata (1976) حالة طفل رفض الذهاب إلى المدرسة، وبعد التحليل والتشخيص تبين أن ذلك الطفل كان طويلاً رفيعاً، وأن لديه شعوراً بأنه لو خلع ملابسه أمام زملائه فسوف يظهر بأنه ضعيف الجسم وبالتالي وبالتالي فإنهم سيضحكون عليه.

(77،98)

6. الإحساس برداءة الملابس وعدم نظافتها والتي تسبب الشعور بالحرج والضيق لدى الكثير من الأطفال.
7. الانفصال عن بعض زملاء المدرسة المحبوبين له سواء من خلال انتقاله إلى مدرسة أخرى أو إلى صف آخر.
8. الجو المدرسي المليء بالواجبات والمتطلبات الكثيرة.
9. الخوف من الازدحام والزحام مثل: الأعداد الكثيرة من الطلبة في المدرسة أو في الصف.
10. الخوف من الامتحانات.
11. بعد المسافة بين البيت والمدرسة.
12. الخوف من سقوط بناء المدرسة.

كما كشف التحليل العاملي أن مخاوف الأطفال من المدرسة كما يتصورها الآباء تم وضعها في ثلاثة تصنيفات هي:

1. الضرب أو الأذى الذي يمكن أن يلحق بالطفل.
2. أحداث طبيعية.
3. الضغط النفسي:

أ. الخوف من الضياع والهجران.
ب. الخوف من المدرسة،
ج. النقد.
د. التفاعل الاجتماعي.

وأخيراً، يمكن القول: إن اتجاهات الطفل نحو النظام العام للمدرسة، والاتجاه نحو المدرسين والتلاميذ، والأشياء الأخرى المتعلقة بالبيئة المدرسية، والتي يمكن أن يعتبرها الطفل مصدر تهديد لذاته تعتبر من الأمور الأكثر أهمية في مستوى غياب وتكرار عدم ذهاب الطفل إلى المدرسة.

رابعاً: الأسباب الوراثية والبيولوجية:

يرى بعض الباحثين أنه من المحتمل وجود أساس وراثي للخوف المرضي من المدرسة عند الأم أو الأب عندما كانوا أطفالاً صغاراً، وقد دعم هذا الاحتمال نتائج دراسات كل من "جولدنبرج "(1953) Goldenberg، و"دافيدسون "(1961) Davidsonوالتي أكدت على أن أمهات وآباء الأطفال الذين يشكون من الخوف المرضي من المدرسة كانوا يعانون الخوف من المدرسة عندما كانوا أطفالاً صغاراً.

(11،196)

ونتيجة لذلك فقد افترضوا أن هناك علاقة – على أقل تقدير – بين رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة ورفض آبائهم لها عندما كانوا صغاراً.

وتأكيداً لهذا الافتراض فقد ذكر "شيرمان "(1985) she r man حالة طفلة عمرها (14سنة) تعاني الخوف المرضي من المدرسة، وبعد تشخيص ودراسة الحالة تبين لشيرمان أنه كان لأبوها أعراض مرتبطة بعمله مشابهة لأعراض مخاوف ابنته، وكذلك كان لدى الأم معاناة من الخوف من الأماكن الفسيحة.

(11،114)

كما أشارت نتائج دراسة "بيرنستين وجارفينكل" (1988) Bernstein and Garfinkel إلى أن آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة يشكون من القلق والاكتئاب بشكل واضح عن آباء وأمهات المجموعة الضابطة. كما أن هناك نسبة غير قليلة من أخوة هؤلاء الأطفال يعانون أيضاً الخوف المرضي من المدرسة بصورة أو بأخرى، في حين لم يشك أحد من أخوة المجموعة الضابطة من ذلك.

(74 – 64،70)

أما فيما يتعلق بالعوامل البيولوجية فقد رأى كل من" سوزا ودى سوزا" Desousa،Desousa، أن سبب الخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال قد يرجع إلى اختلال في وظيفة الجهاز العصبي المستقل (Autonomic Nervous System)، أو قد يرجع إلى التأثيرات الناتجة عن أورام في المخ. وتأكيداً لهذا الافتراض فقد وجد "بلاكمان ووهلر " (1987) أثناء معالجتهما لطفل في الثانية عشرة من عمره، يعاني الخوف المرضي من المدرسة والقلق الحاد، أن الطفل كان يعاني . علاوة على ذلك . من ورم مخي. وبعد إجراء جراحة لهذا الطفل لاستئصال هذا الورم انخفض لديه القلق والخوف المرضي من المدرسة.

(30،84)

مما تقدم نستنتج أن خوف الطفل من الذهاب إلى المدرسة يرتبط بصورة أساسية، فيما نسميه بمثلث القلق أو الخوف، وهو الجانب المتعلق بالطفل وتقديره لذاته وإمكاناته، والجانب المتعلق بالأسرة ومتغيراتها، والمدرسة ومتطلباتها.

وقد يكون العامل الأكبر الذي يسهم في تشكل الخوف من المدرسة لدى طفل هو العامل المدرسي، بينما يكون لطفل آخر هو العامل الأسري. ولطفل ثالث العامل الذاتي أي الخاص بالطفل، إلا أن هذا لا يعني وجود انفصال وعدم تداخل في العوامل التي تسهم في ظهور هذا الخوف لدى الطفل، وهذا بالتأكيد يحتاج من المرشد النفسي إلى تشخيص دقيق لمعرفة الأسباب الحقيقية الكامنة وراء هذا الخوف لدى الطفل، والذي سوف نناقشه في الفصل السادس (التشخيص).

وقد تكون هناك عوامل وأسباب تخلق هذا الخوف لدى الطفل في البلاد العربية تختلف عن أسباب المخاوف المرضية لدى الأطفال المغربيين كما أظهرتها الدراسات المشار إليها سابقاً. وربما يكون السبب هنا الاتجاه العام لدى كثير من الآباء حول أهمية العلم والتعليم في هذه البلاد بعد أن طغت العوامل المادية والاقتصادية على كثير من أبناء الوطن العربي، والنظرة إلى المعلم ودوره في العملية التعليمية وصورته أمام المجتمع من حيث المركز والدخل الاقتصادي. كما يمكن أن

توجد أسباب تتعلق بالنظام التعليمي القائم في تلك البلاد ودوره في خلق أساليب قائمة على تنمية الإبداع والتفكير الخلاق في جو ديمقراطي آمن.

وفي نهاية هذا العرض للأسباب المؤدية إلى خوف الطفل من المدرسة، نذكر مثالاً قدمه "بلاج" يوضح فيه الأسباب والعوامل التي دعت الطفل "امبروس" Ambrose للبقاء في المنزل بدلاً من الذهاب إلى المدرسة.

أحيل الطفل "امبروس" ابن الرابعة عشر عاماً وعشرة شهور إلى طبيب الأسرة من قبل الوالدين، حيث وجد أن الطفل يعاني من حالة قلق عائم أو معمم Generalised State Anxiety، فقد رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة منذ ثلاثة أسابيع ونصف خلت، وترافق هذا الرفض بشكاوى مرضية دون أية أسباب عضوية حقيقية. فقد كان "امبروس" يرفض مغادرة المنزل والالتقاء بالناس، إلا أنه كان يفضل اللعب بالكرة في صباح كل يوم سبت بشكل متكرر. وقد فسر الطبيب حالة "امبروس" بأنه يعاني من قلق مزاجي أو مراقي Temperamentany Anxious، إضافة إلى إسهال متقطع وألم بطني منذ أن كان عمره أربع سنوات وحتى تاريخ الفحص الطبي، كما انه مازال يعاني منذ ذلك التاريخ وحتى الآن (تاريخ الفحص الطبي) من صداع ومشكلات معوية عرضية، وآلام في التغوط بشكل مستمر. وقد أشارت النتائج الطبية أن "امبروس " كان طبيعياً من الناحية العضوية، وأنه لائق صحياً للمدرسة. اما ما يتعلق بسلوك الطفل في المدرسة، فقد أكدت التقارير المقدمة من المدرسين أن الطفل كان لامعاً بالرياضة، لكن تحصيله الدراسي كان في حدود المتوسط. كما أظهر "امبروس" دليلاً على وجود اضطراب عصابي يعاني منه، وذلك كما كشف عنه مقياس السلوك الذي أعده يول وروتر(1968) Rutter&Yule.

أما فيما يتعلق بالمنزل: فقد كان ترتيب "امبروس" الثاني بين أخوته الثلاثة، فقد كان الأخ الأكبر في الجيش، والأخ الأصغر كان مصاباً بالصرع. أما أم "امبروس" فقد كانت مرنة وواقعية، وأنها تأخذ كل شيء في خطوة واسعة في تربية أبنائها ؛ وبالعكس كان الأب سلبياً وقلقاً أكثر من اللازم.

وأظهرت المعلومات التي قدمتها عائلة الطفل عن "امبروس"، أنه قد رفض الذهاب إلى المدرسة كلياً في المرحلة الابتدائية، لكنه بعد فترة أصبح يرفض الذهاب إلى المدرسة بشكل متقطع. وأكد والدا الطفل، أن "امبروس" قد أخذ إلى ملجأ عندما كان يعيش في قرية صغيرة حينما ذهب إلى المدرسة لأول مرة، وخلال هذه الفترة انفصل عن والديه ثلاث مرات متقطعة، في سن السادسة والحادية عشرة والثانية عشرة من عمره بسبب مكوثه في المشفى. أما من حيث قدرات "امبروس" فقد كان ذكاؤه دون المتوسط، حيث حصل على درجه قدرها (92) في مقياس الذكاء اللفظي لـ وكسلر (1972)ومن جهة زملائه فلم يظهر امبروس أي اهتمام بهما بعد فترة غياب طويل عن المدرسة. إضافة إلى ذلك، فقد كانت هناك سلسلة من الأحداث ترافقت أو تزامنت مع رفض الطفل للمدرسة، فقد بدأ يرفض المدرسة خلال الفصل الأول من السنة الرابعة، بعد أن قضى شهور الصيف مع جدته التي توفيت قبل ذهابه إلى المدرسة، كما فقدت العائلة في تلك الفترة كلبين وخمسة كلاب قبل أسابيع قليلة من رفضه للمدرسة. وفي الفترة نفسها تزوج أخوه الأكبر لكن الزواج لم يكن موفقاً، أيضاً علم امبروس من العائلة أن صديق أخيه قد قتل بطلق ناري، هذه الأمور جعلت الطفل امبروس يرغب في البقاء في البيت بدلاً من الذهاب إلى المدرسة.



النظريات المفسرة للخوف المرضي من المدرسة

الفصل الخامس
النظريات المفسرة للخوف المرضي من المدرسة

مقدمة:

إن الباحث المطلع على أدبيات المخاوف المرضية من المدرسة يلاحظ أربعة تأثيرات أساسية ساهمت في تفسير سلوك الأطفال الذين يعانون من أعراض الخوف المرضي من المدرسة وهي كالآتي:

التأثير الأول:

جاء من دراسة فرويد الكلاسيكية لحالة الطفل "هانز" ابن خمس سنوات الذي كان يخاف من الأحصنة، حيث صيغت هذه الدراسة في شكل فرضيات الطفل الفردية، والتي تعطي دوراً مركزياً في عملية الإسقاط، وهي تشمل مفاهيم مثل التعلق المفرط، الإشباع المفرط، والتي ترتبط كقاعدة عامة في نظرية التثبيت أو النكوص إلى مستوى من مستويات النمو النفسي.

التأثير الثاني:

جاء من دراسة "جونسون وزملائها" (1941) حيث بنت رأيها على الخبرة التي تم الحصول عليها من ممارسة الطب النفسي على العائلة والطفل. وهذه إشارة واضحة على التأثير الأسري وعلى الدور الذي يلعبه أحد الوالدين في إثارة حالة الخوف المرضي من المدرسة والإبقاء عليها كما أكد عليها جون بولبي في نظريته حول الانفصال.

التأثير الثالث:

جاء من نظرية التعلم وخاصة آراء " ياتس" Yates (1971) والذي يرى أن الخوف المرضي من المدرسة يفسر على أنه قلق انفصال عن الأم، وتعبيرات عن الاهتمام الزائد من قبل الأم للطفل، إضافة إلى ردود الأفعال المتعلقة بمخاوف الطفل وعدم قدرته الحصول على التعزيزات الاجتماعية في المدرسة مثل التحصيل الدراسي الجيد أو تكوين علاقات اجتماعية طيبة مع الأطفال الآخرين.

(107،234)

التأثير الرابع:

جاء من نظرية الذات والتي ركزت على تصور الطفل لنفسه وما تتمتع به من عناصر قوة أو ضعف.

لذلك سوف نتناول بشيء من التفصيل في هذا الفصل التأثيرات الأساسية التي ساهمت في إلقاء الضوء على تفسير ونشأة المخاوف المرضية عامة والخوف المرضي من المدرسة على وجه الخصوص.

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

أصبحت نظرية التحليل النفسي أكثر انتشاراً في العشرينيات من القرن الماضي، حيث أعطت كتابات " فرويد" Frued في النمو الانفعالي للطفل أهمية كبيرة وخاصة التركيز على عقدة أوديب Odeb Comblex والتي تتحدث عن طفل لديه رغبة جنسية لاشعورية لإقامة علاقة مع أمه، وينمو هذه الرغبة يعدّ الطفل أن والده منافساً له في حب أمه، ويتمنى له الموت أو الأذى.

ومن هذا الشعور بالعداء يتولد صراع آخر هو عقدة الخصاء CastrationComblexفالطفل نتيجة خوفه اللاشعوري من إيذاء الأب له، يتخلى عن رغبته الجنسية نحو أمه ويتكون لديه شعور بالتسامي يتحول إلى عاطفة وجدان، وفي الوقت نفسه يحاول أن يتكيف مع والده ويتقمص شخصيته، وبهذه الطريقة يتكون لديه ما يسمى " بالأنا الأعلى أو الضمير ".ويرى أصحاب هذه النظرية أن حدود المخاوف المرضية تكون في مرحلة الكمون (من6 – 12) مصاحبة لنمو الأنا الأعلى واكتماله، وذلك لقدرة الطفل على استخدام الحيل الدفاعية أو الوسائل الدفاعية الأولية التي يستخدمها الطفل لحماية الأنا الخاص به؛ فالطفل هنا يبدأ محاولة كبت الصراع إلا أن هذا الكبت لا يكفي، فيلجأ الطفل للنقل أو الإزاحة Displacement والترميز بأن يحول موضوع الخوف الأصلي إلى موضوع آخر بديل. فبدلاً من خوف الطفل من الأب. على سبيل المثال. يخاف من حيوان ما، وبدلاً من الخوف من الخصاء فهو يخاف من عض الحيوان. كما أن الطفل يستخدم الترميز وذلك بأن يجعل موضوع الخوف الجديد يرمز إلى موضوع الخوف الأصلي؛ فالمواقف والشخصيات المخيفة تنطوي دائماً عند الشخص الخائف على دلالة لاشعورية، خاصة وأنه يرمز إليها بشكل محرف، إما لغاية رغبة مكبوتة، وإما إلى عقوبة رغبة مكبوتة، وإما إلى الأمرين معاً.

(84،44)

ويرى فرويد أن المخاوف المرضية هي مخاوف تبدو غير معقولة ولا يستطيع الشخص أن يفسر عنها، ورغم شعور المريض بغرابتها إلا أنه يستطيع التخلص منها.

كما يميز فرويد بين المخاوف المرضية وبين القلق الهائم الطليق، بإن قلق المخاوف المرضية يتعلق بشيء معين، ويختلف قلق المخاوف المرضية أيضاً عن القلق الموضوعي بأن القلق الموضوعي خوف من خطر حقيقي، وهو يبدو خوفاً معقولاً ومنطقياً، بينما قلق المخاوف المرضية ليس خوفاً معقولاً ولا يمكن تبريره.

وقد ميز فرويد بين مرحلتين في تكوين الخوف المرضي هما:

- المرحلة الأولى: كبت للرغبة الجنسية، وتحول هذه الرغبة إلى قلق، ثم تعلق القلق بخطر خارجي معين.
- المرحلة الثانية: تنشأ بعض الاحتياجات ووسائل الدفاع التي تعمل على تجنب التعرض للخطر الخارجي، ويرى فرويد أن القلق لا يسبب العصاب بل إن العصاب يحدث أولاً، إذ يساعد العصاب على كبت الرغبة الجنسية، وحينما تكبت الرغبة الجنسية تتحول الطاقة الجنسية مباشرة وبطريقة فيزيولوجية إلى القلق. وعلى ذلك فليس للقلق أي دور في نشوء الأعراض العُصابية.

ويبدو أن المخاوف المرضية، في رأي فرويد تنطوي على سمتين أساسيتين هما:

1. تنفصل عن قاع القلق العام.
2. ليست ذات علاقة باللاشعور أو الكبت، بل ذات علاقة دفاعية بالليبيدو، إذا كانت تبحث عن توظيف لها ولم تفلح في ذلك.

(11 ،3)

وقد توصل إلى هذه النتيجة من خلال تحليله لبعض حالات المخاوف المرضية مثل: حالة الطفل هانز ابن خمس سنوات الذي كان يخشى الخروج إلى الشارع خوفاً من أن تعضه الخيول، وحالة الشاب الروسي الذي كان يخاف أن تعضه الذئاب. وقد استخلص فرويد من الحالتين وحالات أخرى قام بتحليلها أن حالات المخاوف المرضية كلها تصاحبها رغبة جنسية غير مقبولة، ثم إن الخوف من العقاب هو عبارة عن خوف من الخصاء. وقد أبدل "هانز" الخوف من الخصاء وحل محله الخوف المرضي من الخيول. وهكذا توصل فرويد من تحليله للمخاوف المرضية إلى أن القلق العصابي من المخاوف المرضية هو قلق من خطر حقيقي هو الخصاء.

(26 – 25 ،26)

وقد لخص "ايدلبرج "حالة هانز بما يلي:

1. إن الخوف من الحصان يرجع إلى حقيقة مؤداها أن الحصان كان الرمز اللاشعوري لأبيه.
2. الخوف من أبيه كان سببه الكراهية التي ابتعثها الأب عند هانز الصغير عندما طرده من فراش أمه.
3. كان الطفل عاجزاً عن القضاء على أبيه والنوم مع أمه، وعاجزاً عن التخلي عن هذه الرغبات التي كان هانز يكبتها.
4. نتيجة لهذا الكبت، فإن الرغبات الممنوعة بقيت نشيطة في اللا شعور حيث تظل السيطرة بوساطة الخوف وبالإسقاط تغيرت. "إني أكره أبي إلى "إن أبي يكرهني ".
5. إزاحة رغباته على الحصان حيث نجح الطفل في التخلص من الشعور بالخوف في المنزل.

ومن زاوية الاقتصاديات النفسية، فإن كبت الرغبة الليبيدية ابتعثت غرائز التدمير التي كان إفراغها بعد ذلك ضد الذات.

(17 ،25)

وفي حديثه عن تطور الفوبيا، يرى فرويد أن القلق حين يتفجر يتبعه في الأغلب ظهور الخوف المرضي، بمعنى تجنب المواقف أو المدركات المثيرة للقلق. وأحياناً يكون من الممكن تجنب القلق باستحداث خوف ملائم يدفع الأنا ثمنه بالحد من حريته. عندئذ يمكن أن يصل المرض إلى نقطة مميتة، حيث يكون الخطر الغريزي قد تحول كلياً وبنجاح إلى خطر خارجي، ولكن في حالات أخرى لا يكون التطور مواتياً على هذا النحو، ففي مراحله الأولى يمكن أن يتعقد العصاب بعصاب صدمي ثانوي تسببه نوبة القلق الأولى، فالكثير من القلق تولد – ابتداء من مثل هذه الصدمة – خوفاً من القلق، وتولد في نفس الوقت استعداداً للخوف لأتفه

الأسباب، مما قد يخلق حلقة مفرغة، وبعض المخاوف لا ينجح في محاولتها للإسقاط فتمضي مستفحلة في نموها.

(246،5)

كما يتحدث فرويد أيضاً عن مظاهر القلق عند الأطفال، فيرى أنها تحدث مثلاً عندما يكون الطفل وحيداً أو أثناء وجوده في الظلام، أو عندما يجد نفسه مع شخص غريب غير مألوف لديه. ويمكن إرجاع هذه الحالات الثلاث إلى حالة واحدة وهي افتقاد شخص محبوب ومتشوق إليه.ويرى فرويد أن الصورة الموجودة في ذاكرة الطفل عن الشخص المحبوب تكون مشبعة بشحنة وجدانية قوية، ومن المحتمل أن يتخذ ذلك صورة هلوسية في أول الأمر، ولكن ليس لذلك أي تأثير. كما ترى نظرية التحليل النفسى أن المولود يشعر بعجزه وبذلك تأتى الصرخة الأولى (عملاً مناسباً)، ليحقق له الإشباع، حيث الصرخة تتطلب حضور الآخر (الأم) الذى تربطه به علاقة مودة وعطف. وانطلاقاً من هذا الموقع تأخذ صرخة الطفل أهميتها فالعجز الأساسى يتكامل مع دعوة وتلبية الآخر لطلباته.

(فرويد، 1983، 152)

إن القلق يظهر كرد فعل لشعوره (بفقدان الموضوع) وهذا مشابه لخبرات الرضيع عند الميلاد (صدمة الميلاد) حيث يظهر القلق الأول، والذى يستحضر فى مواقف الانفصال عن الأم. فتكرار الخبرات (حضور – غياب) ضرورى قبل أن يتعلم أن غيابها دائماً يتبعه حضورها، والأم هى من تشجع على تعلم ذلك الذى هو أساس للطفل، لكن خبرة الطفل قد تعلمه أن الموضوع (الأم) حاضر لكنه غاضب منه، وهنا يكون قلقة بسبب (خطر فقدان الحب)، كما أن حضور الغرباء، بدل أمه، يخيفه والخطر هنا يعزى (لحظر فقدان الموضوع) ولكن تعبيرات الطفل وبكاءه تدل أيضاً على شعوره بالألم لعدم تمكنه من التمييز بين الغياب المؤقت والفقدان المستمر (إلا بعد تكرار الخبرات).

(فرويد، 1983، 151 – 152)

ويشير فرويد إلى أن الأم هى مصدر التخفيف من التوتر الناتج عن الدوافع النفسية للطفل، ويرى أن الطفل يظهر عليه القلق كعلامة للتعبير عن امه ورغبته فى عودة الأم، وأن هذا القلق يتطور عبر عملية التعلم. كما أنه اعتبر أن القلق من شئ معروف يعتبر واقعياً وأن القلق من شئ غير معروف يعتبر عصابياً. وفى ضوء نظريته هذه يُعتبر الأطفال عصابيون.

(Keable, 1997, 50)

لقد لخص (فرويد) الأهمية المركزية التى أعطاها لحالة (قلق الانفصال) إن القلق هو رد فعل للخطر من فقد الموضوع، أى إن القلق يكون عند توقع الانفصال عن موضوعات الارتباط.

(حب الله، 1990، 305 – 307)

يتبين من نظرية فرويد أن أعراض العصاب هي نتيجة لوجود رغبه مكبوتة وعندما يخاف الشخص من حدوث شيء ما، فإن خوفه هذا يشير إلى أنه يريد لهذا الحدث أن يحدث، ولكن الرغبات المكبوتة لا تظهر إلا عن طريق معالجة تقوم على التحليل النفسي. أما "إدلر " Adler فإنه لم يتناول مشكلة الخوف بشكل منظم غير أننا يمكن أن نلمس ذلك في كتاباته حول فكرة الشعور بالنقص، والذي يتضمن الخوف والقلق.كذلك الخوف في نظر "يونج" Jung هو عبارة عن سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي غير المعقولة، التي لا تزال باقية فيه من حياة الإنسان البدائية.

ويفسر "رانك" Ranek جميع حالات القلق بأنها قد نشأت منذ لحظة الميلاد أو صدمة الميلاد، وهي عبارة عن تنفيس لانفعال القلق الأولي. والانفصال عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير القلق الأولي، ويصبح كل انفصال فيما بعد من أي نوع كان سبباً لظهور القلق والمخاوف. فالفطام يثير القلق لأنه انفصال عن ثدي الأم، والذهاب إلى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن انفصالاً عن الأم، وهكذا.

(26، 1989، 35)

وترى آنا فرويد أنه لا يمكن لأي طفل أن يندمج في المدرسة قبل أن يتحول الليبيدو من قبل الوالدين إلى المجتمع، وعندما يتأخر أو يعاف المرور في العقدة الأوديبية، فإنها تمتد كنتاج للعصاب الداخلي وبالتالي فان الاضطراب في التكيف مع الجماعة ونقص الاهتمام ومخاوف المدرسة تصبح النظام اليومي.

(6،14)

هذا، وقد قام برودوين (1932) بتطبيق نظرية التحليل النفسي على نوع من الهروب والذي يقوم به طفل يعاني من العصاب الوسواسي Obessional Neurosis بالهروب من المدرسة إلى البيت في حالة من الرعب، وحينما يصل إلى المنزل تبدو عليه علامات السعادة والارتياح، ولكن عندما يعود أو يرجع إلى المدرسة تبدو عليه علامات القلق مرة أخرى.

وقد وصف "برودوين "كيف أن الطفل أثناء معالجته يبدو وكأنه يجري نحو المنزل لتصوره أن شيئاً مخيفاً يحدث لأمه. كما برهن أيضاً على خوف الطفل من ذلك عندما يكون بعيداً عن أمه، ويعتقد انه يريد أن يكون قريباً منها. وفي هذه الحالة يتولد بداخله صراع بين حبه لأمه واتجاهاته العدوانية نحوها، أو صراع بين الرغبات الغريزية الأولية (اللاشعورية) ومكونات الأنا.

بينما يؤكد بعض العلماء من أنصار مدرسة التحليل النفسي على حماية الأم الزائدة للطفل ربما تكون في بعض الأحيان، انعكاساً لكراهيتها له. إلا أنه من الحاجات الأساسية للإنسان أن يشعر أنه محبوب ومرغوب فيه، ورغبة الأم — في هذا المقام — أن تشعر أنها لا غنى عنها، هي مجرد استمرار ومبالغة في هذا الاحتياج. وتشعر كثير من الأمهات بالأسف الشديد عندما يرين أطفالهن قد كبروا وأخذوا بالاستقلال شيئاً فشيئاً، وتقول الأم في نفسها: " إن أفضل الأوقات بالنسبة لي (للأم) هي عندما يكون أطفالي صغاراً.

والأم التي تتسم بالحماية الزائدة لطفلها لا تستطيع أن تبتعد عنه وتعامله دائماً على أنه طفل رضيع، فهي إما أن تطلق العنان له، أو تسيطر عليه بشكل غير عادي.... ففي الحالة الأولى يميل الطفل إلى الأنانية والعدوان، وفي الحالة الثانية يميل الطفل إلى الخضوع. والطفل الذي يخضع للحماية الزائدة يمكن أن يصبح منطوياً لكنه عادةً ينجح في دراسته، ويكيف نفسه مع الواقع عند البلوغ، وربما يرجع ذلك إلى أنه يكون منظماً في نواح معينة مثل عمل الواجبات المدرسية.

بينما ترى جونسون ورفاقها (1941) من خلال الدراسة التي قاموا بها على (8) أطفال يعانون الخوف المرضي من المدرسة أن هناك ثلاثة عوامل رئيسة تشكل الأسباب الفعلية – من وجهة نظرهم – المسؤولة عن المخاوف المرضية من المدرسة وهي:

1. قلق حاد لدى الطفل.
2. قلق متزايد لدى الأم.
3. عدم حل مشكلة العلاقة الاعتمادية في مرحلة الطفولة بين الطفل وأمه.

ومن هنا استخلصت جونسون ورفاقها نتيجة مؤداها أن الخوف المرضي من المدرسة عبارة عن " قلق الانفصال" ناتج عن علاقة اعتمادية بين الأم والطفل لم يتم حلها.

(81، 71 – 72)

ويؤيد البعض أمثال "دافيد سون " و"استز" وهايلت" (1961)، Davidson، EstesAnd Hayhet وجهة النظر التي ذهبت إليها جونسون بالقول: إنه ما يبدو أنه خوف من المدرسة لدى الطفل ربما يكون في الحقيقة خوفاً من الانفصال، وقالوا: إن الطفل عندما يكون قلقاً، حين يذهب إلى المدرسة، فذلك لأنه يترك أمه ولأنه في غيابه عنها يتحقق ميوله العدواني نحوها. فالقلق هنا – من وجهة نظر دافيدسون ورفاقه، يعكس الكراهية للأم ويكتشف الطفل أن أمه تضطهده.كما أن الطفل الذي

يعاني أعراض الخوف المرضي من المدرسة يتصف في كثير من الأحيان بالإفراط الزائد بالاعتماد على أمه. فالعلاقة القائمة بين الطفل وأمه تأخذ في أحيان كثيرة طابع الاعتماد الزائد من جانب الطفل ورغبة مفرطة في تقديم العون والمساعدة من جانب الأم، وهذا ما يسبب لها ولطفلها القلق عندما ينفصلان عن بعضهما بعضاً، كما يجعلها تتضايق من احتياطات طفلها لأنها تشعر في قرارة نفسها أنها غير قادرة على الوفاء به. وغالبا ما تكون للأب اتجاهات مماثلة في حالات الخوف المرضي من المدرسة فيكون الأمر كما لو كان للطفل أمان قلقتان عليه، بدلاً من أم واحدة.

(154 ،61)

فحماية الوالدين الزائدة إذاً تمنع الطفل من السيطرة على انفعالاته والتغلب على صعوباته، كما تمنعاه من النمو.

وأخيرا يمكن أن نجمل مجموعة من الانتقادات الموجهة إلى نظرية التحليل النفسي في تفسيرها للخوف المرضي من المدرسة.

وأهم هذه الانتقادات:

1. إن الكثير من التوضيحات التي قدمتها هذه النظرية لتفسير ظاهرة خوف الطفل من المدرسة أو رفض المدرسة هي عبارة عن حقائق غير واقعية وغير موضوعية، لأن هذه الحقائق التي اعتمدت عليها النظرية التحليلية لم تكن مبنية على البحث العلمي الدقيق وإنما جاءت أوصافاً لحالات من الأطفال يعانون من أعراض الخوف المرضي من المدرسة.
2. استخدام منظوو هذه الاتجاهات في تفسير المخاوف المرضية من المدرسة لدى الأطفال المفاهيم والمصطلحات نفسها التي استخدموها في تفسير مخاوف الكبار ومعالجتهم عند تفسير ومعالجة مخاوف الأطفال.

3. إن الاقتراحات التي قدمت لتفسير سلوك الطفل الرافض للمدرسة هي تفسيرات ذاتية، ولا يمكن تعميمها على كل الحالات التي تعاني الخوف المرضي من المدرسة.

ثانياً: نظرية التعلق وقلق الانفصال:

اهتمت نظرية التعلق لولبى (Bowlby) بدراسة العلاقة بين الرباط الذى يظهر وينمو بين الآباء والطفل فى الطفولة المبكرة، وبين الصحة الجسمية والانفعالية والعقلية للطفل فى المراحل التالية. (Woodard, 1996, 32) كما يرى (بولبى) أن الارتباط ناتج عن مجموعة من ردود الفعل الفطرية، التى تعتبر ذات أهمية من أجل الحماية وبقاء النوع. فسلوكيات الرضيع مثل البكاء والابتسامة والرضاعة والالتصاق والمتابعة.... وتؤدى إلى حث الأم على رعاية الطفل والاهتمام به وتعزيز التواصل بينهما. فالأم – بيولوجياً – مهيأة للاستجابة لإشارات الرضيع، بالمقابل يستجيب الرضيع لرؤية وصوت وإشارات الأم، ونتيجة الأنظمة المبرمجة بيولوجياً يُكون كل من الأم والرضيع ارتباطا متبادلاً.

(Hetherington & Parke, 1983, 222)

لقد سلم (بولبى) وهو يدرس ظاهرة الارتباط بأن سلوكيات الرضع الدالة على الارتباط، تهدف إلى البحث عن الإشباع من خلال الاتصالات الجسدية مع الأم وكأنها حاجة، وأن هذه الاتصالات تؤدى إلى الشعور بالأمان وتخفيف الخوف، بينما يكون الخوف ناتج عن ابتعاد الأم عن الرضيع. حيث إنه كلما نما الارتباط بين الأم والرضيع، كلما ظهر على الرضيع الخوف من الانفصال عنها والخوف من الغرباء وهذا ناتج عن نمو القدرة الإدراكية للرضيع مما يمكنه من اكتشاف السمات الجديدة أو الغريبة للأفراد والأشياء وبالتالى ارتفاع درجة الخوف من الغرباء مع التقدم فى السن. ومظاهر الخوف تدفع الأم إلى الاتصال بالرضيع، فضلاً عن أنها مرتبطة بالتخفيف من الخوف.

يقول بولبي: إنه من مجرد ملاحظة الصغار خلال الحياة اليومية، يتبين أن وجود أم متجاوية يجعل الرضيع مسروراً بشكل عام، أو بمجرد أن تتاح له حرية الحركة يستكشف عالمه بثقه وشجاعة، فنجد أن الرضيع سيكون عرضة للإصابة بالأسى، والاستجابة لكل أنواع المواقف الغريبة وغير المتوقعة ولو بشكل طفيف بالانزعاج. علاوة على ذلك، فإنه عندما ترحل الأم أو يتعذر وجودها يقوم الطفل بردود أفعال تهدف إلى استردادها أو تسهيل وجودها، ويكون قلقاً حتى يحقق هدفه.

(بولبي، 1991، 31)

ويتساءل بولبي هل غياب الأم عن الطفل فى حد ذاته يثير الخوف لدى الطفل دون أن تكون هناك ضرورة لأى شكل من أشكال التعلم، أم إن مثل هذا الخوف يظهر عندما يربط الطفل غياب الأم بخبرةٍ مخيفة ؟ يجيب عن ذلك بقوله: إنه أيا كانت الإجابة عن تلك الأسئلة، فإن الوحدة تحمل مخاطرة عالية بالنسبة للأطفال والأفراد الضعفاء، ويمكن اعتبار استجابة الخوف لغياب الأم، استجابة تكيف أساسية، بمعنى أنها استجابة أصبحت أثناء عملية النمو جزءاً عضوياً من مجموعة السلوكيات للإنسان بسبب مساهمتها فى بقاء النوع. ولكن يعود بولبى فيقول: يستبعد الاعتقاد بفرضية أن سلوك الخوف غريزى فى حالة غياب الأم، بشكل مطلق، وذلك لأن التعلم أساس لتطور أنواع السلوك. وعندما ينشأ الفرد فى بيئة الأنواع التى تكيفت تطورياً مع تلك البيئة فإن الفرصة للتعلم تكون دائماً موجودة.

(William,et al., 1998, 207)

إذا فالتعلم ضروري لتطور السلوك، فعن طريق التعلم الارتباطى يتعلم الرضيع أن وجود الأم يكون مصحوباً بالراحة، بينما يكون غيابها مصحوباً بالضيق، ومن جهة أخرى يكون الرضيع خائفاً بشكل أكثر حدة من المواقف المثيرة للخوف مثل الغرابة أو الاقتراب المفاجئ أو الضجة العالية... عندما تكون أمه غائبة عما لو كانت موجودة، فيربط بين غيابها ودرجة ما من درجات الانزعاج أو الضيق وبذلك

ينمو أكثر ميلا للخوف من الانفصال - سواء أكان الانفصال فعلياً أو متوقعاً وأكثر استعداداً للاستجابة لأى موقف مثير للخوف، بخوف أكثر وضوحاً من الأفراد الآخرين وكقاعدة عامة، يمكن أن تؤدى الخبرة المخيفة والقصص المسموعة إلى ازدياد استعداد الفرد للخوف فى مثل هذه المواقف النوعية فقط، بينما يؤدى عدم التأكد من توفر موضوع الارتباط إلى ازدياد القابلية للخوف من مجال واسع من المواقف، فالفرد وعندما يكون منذ الميلاد تحت تأثير منبهات حب فإنه يصبح مغلقاً تجاه كل المثيرات الاخرى.

(بولبي، 1991، 133 - 135)

فيرى بولبى أن قلق الانفصال ينتج عنه آلية احتجاج، ويمكن رؤية هذه الآلية فى الحيوانات التى تفترض فيها نقص الأدوات المعرفية الضرورية لتتعلم أن الانفصال يتضمن إحباطاً لاحتياجاتهم الفسيولوجية، فيؤكد بولبى أنه فى المرة الأولى التى يحدث فيها الانفصال يبدأ التعود بصورة مكثفة على الخوف، ولكن إذا استشعر الطفل احتمالية زيادة الانفصال ينتج عن ذلك نمط متأصل بشدة من القلق. ويلخص هذه المراحل التى نلاحظها عند مرور الطفل بخبرات الانفصال كما يلي:

1. احتجاج من قبل الطفل يحاول فيه استعادة أمه المفقودة، وهي المرحلة الأولى من قلق الانفصال.
2. اليأس مع الحرص المستمر على عودة الأم، وهي مرحلة الحزن والحداد.
3. نقص الارتباط حيث يبدو أن الطفل ينسحب ويفقد اهتمامه بالأم، وهي مرحلة دفاعية.

(Keable, 1997,48)

ويظهر الخوف من الغرباء بوضوح أكثر لدى الرضيع الذى لا يرى سوى أمه. حيث الرضيع اعتاد وألف رؤية الأم. فالتعارض بين المألوف والغريب هو ما يثير الخوف من الغريب، والخوف من الانفصال عن الأم (المألوف). (الكتاني، 2002، 223) فخوف الرضيع من الغريب حسب نظريات التعلم يعود إلى التعود على رؤية المألوف والعجز عن التكيف السريع مع كل ما هو غريب وغير مألوفة لذا يمكن للمألوف (الآباء مثلاً...) نفسه أن يصبح مخيفاً إذا أتى بسلوكيات وتعابير غير مألوفة وهنا يتولد الصراع. وتلعب جدلية المألوف وغير المألوف دورها، إن اختلاط المألوف بغير المألوف هو ما يجعل الموضوع مخيفاً. (مبارك ربيع، 1991، 46) إذاً فالمبادئ الأساسية فى (نظرية التعلم) وهي: التدعيم، التعود، التعميم، الملاحظة، الانطفاء، الاقتران الشرطى... تفسر كيف يمكن لخوف الانفصال وخوف الغرباء عند الرضع أن يتطور إلى أشكال أخرى من المخاوف وإلى مخاوف لا حصر لها.

إن استجابات الرضيع التى ترتبط بالدعم أو الإثابة تتحول إلى استجابات متوقعة مع تقدم النضج الإدراكى، فالطفل يتعلق بالأم لذاتها ويتوقع حضورها، لذا يصبح الخوف هنا محتملاً عند غياب الأم أو حضور غريب.

(Hethenington & Parke, 1983, 223)

ثالثاً: نظريات التعلم وقلق الانفصال:

ينتج سلوك الطفل عن عاملين هما: طبيعته البيولوجية، والتعلم الناتج من تفاعل الطفل مع الآخر... فالآخر يكون مصدراً للدوافع والمخاوف، ونظريات التعلم ترى أن الدافع الأساسى للمولود هو الجوع فيكون الدعم الأولى الذى يشبع هذا الدافع البيولوجى هو الغذاء (الحليب)، تأخذ الأم قيمة إيجابية عن طريق الاقتران بالإشباع وتخفيف الألم وتكون بمثابة دعم ثانوى يكتسب خصائص الدعم الأولى لاقترانه به، ونتيجة التكرار المرتبط بتخفيف دافع الجوع يُصبح مجرد حضور الأم ذات أهمية للطفل فيتعلق بها ونمو الطفل يكتسب الحاجة للتفاعل والتواصل

مع الأم، والحاجة إلى الحب والعطف والحاجة إلى الأمن، وبذلك تصبح الأم مصدراً للدوافع والمخاوف والرغبات.

(Woodard, 1996, 35)

نظرية جون بولبي للخوف المرضي من المدرسة:

يستخدم جون بولبي "مصطلح رفض المدرسة" أو خواف المدرسة بدلاً من "الخوف المرضي من المدرسة" ليشير من خلاله أن هناك بعض الأطفال يرفضون الذهاب إلى المدرسة أو الالتحاق بها ويظهرون قلقا أكبر عندما يجبرون على الذهاب إليها، ويكون عدم التحاقهم معروفا بشكل جيد لأبويهم. ومعظمهم يمكثون في البيت أثناء ساعات المدرسة، وكثيرا ما تصاحب حالة الرفض هذه أعراض نفسية – بدنية (سيكوسوماتية) مثل: العزوف عن الطعام، الشعور بالوهن، آلام البطن، الغثيان...

ويرى "جون بولبي" (1973) أن هناك اتفاقاً واسعاً بين الباحثين على أن ما يخافه الطفل ليس سوف ما يحدث في المدرسة، ولكن ما يخافه هو ترك المنزل. وأن المظاهر غير المناسبة للمدرسة، مثل مدرس صارم أو مضايقة على الطفل من قبل أطفال آخرين ليست سوى تبريرات، كما أن الخوف يكون على أشده لدى الطفل إما قبل ترك المنزل أو أثناء الذهاب إلى المدرسة.

هذا، ويشير بولبي إلى أن أغلب حالات رفض المدرسة التي تشاهد عند بعض الأطفال هي نتيجة لواحد أو أكثر من نماذج التفاعل الأسري بين الطفل والوالدين، والنماذج التي قدمها بولبي في نظريته "قلق الانفصال" لتفسير هذه الظاهرة هي الآتية:

النموذج الأول:

"تعاني الأم – ونادرا الأب – من قلق مزمن بالنسبة لموضوع الارتباط، حيث تبقي الطفل في المنزل ليرافقها".

أحياناً قد تخاف بعض الأمهات اللواتي يعانين من القلق من بقائهن لوحدهن في المنزل بمفردهن، بعد ذهاب الزوج إلى العمل في الصباح. لذلك قد تلوذ الأم بصحبة طفلها في ظل غياب الزوج، وقد لا تعترف الأم _ أحيانا _ بهذا أمام نفسها، فهي غير مدركة لرغبتها بصورة عامة، حيث أنها تسمح للطفل بالتغيب عن المدرسة في الأيام الممطرة، أو شديدة الحرارة، أو عندما يتعرض الطفل لأذى حقيقي كخدش رجله أو يده على سبيل المثال. وفي حالات كثيرة يشعرالطفل بنفس برغبة أمه نفسها، حيث يختلق معاذير وحجج لعدم ذهابه إلى المدرسة.

(2.9 ،9)

ويذكر بلاج (1987) في كتابه الخوف المرضي من المدرسة حالة طفل عمره عشرة سنوات بقي في المنزل لأكثر من عام كامل عندما كانت الأم مريضة، ورغم أن الأم صرحت في البداية أنها ضغطت على ابنها لكي يذهب إلى المدرسة. ولكن وبعد فترة من الزمن صرحت بأنها – في الحقيقة – لم تكن ترغب في ذهاب ابنها إلى المدرسة، لأنه كان بالنسبة لها الشخص الأول الذي أحبته في حياتها وأنها لا تستطيع أن تتخلى عنه.

وقد اعتبرت جونسون (1941) (Gohonson) أن الأسباب الحقيقية لرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة هي قلق الانفصال الذي ينتج عن علاقة اعتمادية بين الأم والطفل لم يتم حلها.

إن الأم التي تبقي طفلها في المنزل ليقوم بدور الرفيق لها، قد تكون مدركة لهذا العمل أو لا تكون، وكثيراً جدا ما تكون الأم غير واعية بشكل جزئي لما تفعله.

ويعرض "ازينبرج" (1985) صورة واضحة لأمهات عندما يصلن إلى المدرسة مع طفلهن يظهرن مقاومة شديدة للتخلي عنه بطريقة تجعله قلقا، وربما يشعر بالذنب بالاستمتاع بصحبة أي أحد آخر غير الأم، ويصف " ويس وكين " (1964) أمهات يصرحن بأنهن يحمين أطفالهم من رعب العالم الخارجي، وبينما يفعلن ذلك فإنهن لا يحملنهم قلقهن الشخصي والزوجي فقط، ولكن يرغبن في دعم ذلك. ولذلك عندما يوجد هذا النوع من العلاقة العائلية، فإن الأم تكون قلقة بشدة بالنسبة لتوفر موضوعات ارتباطها، وبصورة لا شعورية تقلب علاقة (الوالد – الطفل) الطبيعية وهذا يجعل الموضوع هو الوالد، وتأخذ الأم نفسها دور الطفل، وكقاعدة يتم تمويه عملية القلب تلك. حيث تصرخ الأم في بعض الأحيان بأن الطفل بحاجة إلى العناية والراحة وأن الطفل هو الذي يحتاجها. وفي الواقع إن ما يحدث هو عكس ذلك تماما؛ إن الأم غير واعية أو غير مدركة بنفسها – أن هناك إشباعاً متأخراً لرغبتها في رعاية وعناية خاصة لم تحصل عليها أبداً، أو من المحتمل أنها فقدتها أثناء طفولتها وفي الوقت نفسه تمنع طفلها من اللعب في نشاطات المدرسة مع أقرانه.

ويمكن تأويل ذلك بأن الأم التي تعامل طفلها بهذه الطريقة ما هو إلا تكرار لأمها هي نفسها، حيث ترغب الأم من طفلها ليس فقط الرعاية والراحة التي طلبتها من أمها، بل وقد تتصرف نحو طفلها كما لو كان موضوع السيارة فبينما هي في لحظة ما قد تشتط غضبا بما تشعر بأنه رفض من طفلها، كما تفعل تجاه صدود أمها.

ويمكن وصف المعاملة العدائية التي يواجهها الطفل الرافض للمدرسة من والد مضطرب عاطفيا من خلال ثلاث عمليات هامة:

1. إعادة تحويل الغضب الناشيء في البداية عن طريق أمها هي نفسها ضد الطفل.
2. سوء عزو الصفات الرافضة للطفل و/ أو السمات التي تظهر فيها أمها كثيرة المطالب وبالتالي تكون الأم غاضبة على طفلها.
3. قولبة السلوك الغاضب ضد الطفل على السلوك الغاضب الذي تظهره أمها.

ويفسر بولبي هذه العمليات بالقول: إن الأم تتضايق من عاطفة أمها الضعيفة نحوها، وأيضا من المطالب المفرطة التي تمارس عليها ومع هذا تشعر بأنها غير قادرة على التعبير عن غضبها الواضح، لأنها إما أن تكون خائفة من استجابة أمها وإما أن تخاف أن تسبب لها مرضا ما، وفي كلتا الحالتين فإن الأم لا بد أن تجد – عاجلا أو آجلا _ شخصا تفرغ شحنتها الانفعالية، وهذا الشخص هو في الغالب الطفل. كما يلاحظ أن التهم التي توجهها الأم ضد طفلها هي تكرار لتلك التي تبثها بشكل ظاهر أو ضمني نحو أمها. فعلى سبيل المثال، ربما تغرر الأم بطفلها أولا مطالب غير معقولة ثم تلقي بملاحظاتها اللاذعة لمطالبه التي يقوم بها ظاهريا، عندئذ يبدو الطفل للملاحظ الخارجي وكأنه يتصرف بشكل مختلف عن أي طفل آخر في مثل سنه إذا وضع في الظروف نفسها، ونتيجة لذلك فإن الأم تقولب الطفل على نموذج شخص الارتباط والذي نتوقع سلوكه.

النموذج الثاني:

"يخاف الطفل أن يحدث شيء ما مرعب قد يحدث للأم أو ربما للأب عندما يكون في المدرسة لذا يبقى في البيت ليمنع حدوث هذا الشيء المرعب".

يرى بولبي أن هذا النموذج هو أكثر النماذج تكرارا، ويحدث بالتوافق غالباً مع النموذج الأول ومقترنا به. فقد أظهرت الدراسات التجريبية بأنه من الشائع

للأطفال رافضي المدرسة أن يذكروا أن سبب عدم ذهابهم للمدرسة هو الخوف، مما قد يحدث للأم خلال ابتعادهم عن المنزل.

ويفسر هذا أن الطفل يضمر رغبات عدائية لا شعورية ضد الأم، ويكون خائفا خشية أن تغدر الرغبات الحقيقية أو أن يعزو مخاوف الطفل إلى خبراته، فعلى سبيل المثال قد يصبح الطفل خائفا على أمه لأنها ربما تمرض أو تموت أثناء غيابه عن المنزل ووجوده في المدرسة، بعد أن يسمع أو يرى مرض أو موت أحد الأقارب وخصوصاً عندما تكون الأم نفسها في صحة سيئة.

(17 ،20)

ويرى وولمان أن الخوف المرضي من المدرسة قد يولده انزعاج الطفل من أن شيئا فظيعاً قد يحدث للأم أو للأب في غيابه في الظروف العادية، حيث ينظر الأطفال إلى آبائهم على أنهم أقوياء وودودون، ويمكن الاعتماد عليهم لذا يعتريهم قلق شديد عندما تبدو على أحد الوالدين أو كليهما الأمراض الحقيقية أو المتوهمة، أو عندما يفضون بأسرارهم ويشكون للطفل أو إذا قدموا أنفسهم بصورة مخلوقات ضعيفة، ونتيجة لذلك تقلب الأدوار الاجتماعية؛ فالطفل قد ينزعج على والديه بدلا من أن ينزعجا هما عليه.

(188 ،9)

لذلك أشارت تالبوت (1957) إلى هذه الحقيقة مستشهدة بحالة بنت مراهقة اكتشفت فجأة في لحظة تقبيلها لجدتها قبل ذهابها إلى المدرسة مباشرة بأنها كانت ميتة.

(22 ،11)

ويلاحظ من هذا أنه حينما يظهر الطفل الرافض للمدرسة القلق على الوجود والأمن الدائمين لأحد أبويه فإن هذا يكون استجابة مباشرة للأحداث الحاصلة داخل أسرته، ويمكن أن يقال أيضا بالنسبة لدرجة القلق الزائدة التي تنبع من الخوف من احتمال إدراك الرغبات العدوانية اللاشعورية، والتي تنشأ – على الأرجح – كاستجابة لما يحدث خلال المنزل.

النموذج الثالث:

"قد يكون الطفل خائفا من الذهاب إلى المدرسة خوفا مما يمكن أن يحدث له هو نفسه في حالة ذهابه إليها وعادة ما يكون التفسير هو تهديدات الأبوين له".

تؤكد نظرية التحليل النفسي وفقا لما يقرره كينيدي على الدور الذي تقوم به الأم في ظهور الخوف المرضي من المدرسة. كما أقر سبرلنج (1964، Sperling) وجهة النظر هذه حيث يؤكد أن الخوف المرضي من المدرسة يثيره قلق الانفصال الحاد كنتيجة لخوف الطفل اللاشعوري على حياة أمه الذي يراه معرضا إياه للخطر ومن ثم تكون حياته هو أيضا في خطر وأن هذا القلق يمكن أن تنتقل عدواه من الوالدين إلى الطفل الذي يؤدي بدوره إلى ردود فعل رهابية لدى الطفل.

ويذكر دافيد شيهان (1988) cheehan،v،daved حالة طفلة تعاني الخوف المرضي من المدرسة. كانت "زو" (Z o e) في المدرسة تصاب كثيرا بالإغماء، وكانت غالباً ما تشكو من تقلصات في بطنها تمنعها من الذهاب إلى المدرسة. كان الأمر يبين وكأنها دائماً في زيارة للطبيب. وقد تعرضت كثيرا للتصوير بأشعة إكس أثناء فحوصها العديدة الطبية، حتى بدا أبواها يخشيان من أن تتراكم هذه الآثار فيما بعد في حياتها، ولكن نتائج الفحوص الطبية أظهرت أنه لم يكن هناك شيء غير طبيعي لدى زو، واقترح الأطباء على أبويها أن زو مجرد طفلة عصبية ولعل هناك مشكلات في المدرسة أو في البيت..

وعندما سأل الأبوين زو إن كانت تستطيع أن تشرح ما بها من أذى، كانت تشرح ببساطة نوباتها وهذا العرض أو ذاك. وحين كانا يصران على أسئلتهما الصارمة كانت تختلق لهما أشياء حدثت لهما لقد كانت زو ترغب في حمايتهما والأمان في ظلهما ولاح كأنهما مبادلة عادلة، وكانت تخشى في كل ليلة أن تموت في نومها ولذلك كان عليها أن تسوي حساب كل شيء مع ربها، فقد كانت تشعر أن الله وحده هو الذي يستطيع فهم الأمور.

(17،92)

وذكر " تيرمان" (1968) حالة طفل عمره ثلاثة عشر عاما يعاني من الخوف المرضي من المدرسة وقد عبر عن خوفه بالقول: إنه يخاف أن يتوقف قلبه عن الدق ويموت وهو في طريقه إلى المدرسة... فقد قرأ في الصحف كما يقول بأن الناس يسقطون ميتين في الشارع، وكان يخاف أن يحدث هذا له.

(28 ،11)

ويرى بعضهم وخصوصاً "جافريس" javeris في هذا أن الطفل يستبدل مشاعر الغضب الناجمةعن الصراع التكافلي بين الأم والطفل، ويوجهها نحو المدرسة، وكنتيجة لمشاعر الغضب الشديد التي تصيب الطفل فإنها تظهر بشكل نوبات متضمنة ردود فعل حشوية، والتي تعدّ شيئاً مفزعاً له، ومن ثم يبدأ مخاوفه من المدرسة ورغبته في العودة إلى المدرسة.

(4 ،41)

النموذج الرابع:

"تخاف الأم ونادرا الأب من شيء مرعب قد يحدث للطفل ولذا تبقيه في المنزل، وفي حالات عديدة تتفاقم مخاوف الأم أكثر لو كان الطفل مريضاًمرضا شديداً أو بدرجة خفيفة".

ويمكـن تفسـير ذلـك بنـاءً علـى نظريـة (تحقيـق الرغبـة) Wish Fulfilment إن ما تخافه الأم هو أن رغباتها العدوانية اللاشعورية ضد طفلها قد تتحقق، أو أن الأم تكون مهمومة بطريقة غير عادية من خطر يصيب طفلها لأنها تتذكر مأساة ما وقعت في الماضي.

وقد وصف "إيزنبرج " أباً كان قلقه على أمن ابنه متعلقا جدا بالموت المفاجئ لأخيه في سن السابعة عشر عاما والذي شعر بأنه كان مسؤولا عنه.

ويبدو من خلال العرض الذي قدمه جون بولبي Bowlby (1973) للتفاعل الأسري المسؤول عن خوف الطفل من الذهاب إلى المدرسة أو رفضه الذهاب إليها، أن العلاقة القائمة بين الطفل ووالديه وإدراك الطفل لهذه العلاقة وما يشوبها من صراعات تدور حول العدوان والنكوص والاعتماديه، والتخيل غير الحقيقي للذات لدى الطفل تلعب دورا هاما في ظهور الخوف المرضي من المدرسة، وقد أشار فرويد منذ زمن لهذا الأمر عندما قال: إن قلق الأطفال ليس أكثر من تعبير عن مشاعر فقدان شخص محبوب.

ثالثا: النظرية السلوكية:

أما التأثير الثالث فقد جاء من أقطاب النظرية السلوكية الذين ينظرون إلى الخوف المرضي (الفوبيا) على أنه خوف غير متناسب مع التهديد الأصلي الواقعي الذي يمثله موضوع الخوف، وينشأ نتيجة للاستجابات الشرطية في المواقف المثيرة للقلق عند تكرار هذا الموقف أو عند حدوثه بشكل شديد مرة واحدة، كما يتم تعميم استجابات الخوف إلى المثيرات المشابهة للمثير الأصلي.

وتعرف المدرسة السلوكية التقليدية الخوف المرضي بأنه (رعب مرضي من موضوع غير متناسب مع التهديد الفعلي الذي يمثله هذا الموضوع، وهم يرون – أي السلوكيون التقليديون – واطسون واتباعه – أن الخوف المرضي عبارة عن خوف مزاح ينشأ بطريقة مختلفة عن المخاوف التشريطية. ففي حالة المخاوف التشريطية

يكون الخوف ناجما عن خبرة سيئة مباشرة مع الموضوع المخيف، بينما في حالة المخاوف المرضية يكون الخوف مزاحاً من الموضوع الأصلي إلى موضوع بديل، كأن يكون إزاحة الخوف من الابتعاد عن الأم إلى موضوع خارجي مثل المدرسة، حيث يفتعل الطفل هذا الخوف ويستثمره للبقاء بجانب الأم.

(39،17)

ويرى "واطسون" watson أنه تم إيجاد الخوف المرضي تجريبياًعن طريق التعلم القائم على الأفعال الشرطية، حيث أعطى تأكيداً على المكانة التي يحتلها كل من الخوف والقلق في تكوين الخوف المرضي، وذلك من خلال إجراء التجربة المشهورة على الطفل "ألبرت" Aalbert ابن الأحد عشر شهراً، حيث قدم له فأراً، وصاحب تقديم الفأر صوتاً مزعجاً، واستمر إحداث هذا الصوت في كل مرة يقترب ألبرت من الفأر، وبعد مدة قصيرة لاحظ واطسون ومساعده أن الطفل أصبح يصرخ بمجرد رؤيته للفأر، ويزحف محاولا الهرب.

وهكذا أوضح واطسون أن اقتراب الصوت المزعج (المثير غير الشرطي) بظهور الفأر (المثير الشرطي) أدى إلى خوف الطفل من الفأر، وبعد التجربة استنتج واطسون أن الخوف العصابي (المرضي) عند الطفل ألبرت ينطوي على التهديد الشديد وعلى التعميم بدليل أن ألبرت أصبح يخاف من كل الأشياء التي تشبه الفأر.

(574،70)

ويرى"جوزيف ولبه" Wolbe أن مفهوم القلق مرادف لمفهوم الخوف، ولا يوجد أي اختلاف فيزيولوجي بين الخوف الذي يطلقه مثير يرتبط بتهديد موضوعي والخوف غير التوافقي الذي تطلقه مثلا قطة صغيرة، كذلك يرادف بين الخوف بالمعنى التشريطي والفوبيا متجاهلا بذلك الفرق بين القلق والخوف من ناحية وبين الخوف والفوبيا من ناحية أخرى.

(58،16)

ويرى"دولارد وميلر" Dolard and Miller أن الخوف القوي هو حافز متعلم يستثير صراعاً يرتبط باستجابات الهدف نحو حوافز قوية أخرى، كالجنس أو العدوان على سبيل المثال.وحين يبدأ الشخص العصابي من الاقتراب من الهدف الذي قد يؤدي إلى خفض تلك الحواجز، فإن خوفا قويا يستثار لديه، هذا الخوف يستثار بواسطة أفكار تتعلق بأهداف الحافز، كذلك بواسطة أية محاولات إقدامية ظاهرة.

كذلك ميز "دولارد" و"ميلر" بين الفوبيا والمخاوف التشريطية؛ فالفوبيات خوف مزاح ينشأ بطريقة مختلفة تماماً عن المخاوف التشريطية بشكل مباشر، أما الخوف فيمكن فهمه كاستجابة نفورية تشريطية.

. بينما يركز السلوكيون الجدد على التشريط الكلاسيكي في نشأة للأعراض العصابية، ومن بينها المخاوف المرضية **حيث يستخلص إيزنك Eyzennk أن الاستجابات العصابية تنشأ على ثلاث مراحل هي:**

المرحلة الأولى:

تنطوي على استجابات انفعالية فطرية، إما لحدث أليم وإما لسلسلة من الأحداث الصدمية البسيطة.

المرحلة الثانية:

يتم تشريط الاستجابات الذاتية لموضوعات كانت من قبل غير مثيرة للخوف، فتصبح نتيجة للتشريط مثيرة للخوف.

المرحلة الثالثة:

انطفاء هذا الخوف التشريطي يحول دون تجنب المواقف المرهوبة ومثال على ذلك ذكر عزيز حنا داوود (1991) حالة طفل يخاف بشدة من الكلاب فعندما

كان يوجد كلب بالقرب منه، تظهر عليه علامات الخوف الشديد، وكان الطفل يجري ليختفي تحت أحد المقاعد. وسرعان ما اكتشف المعالج النفسي أن الصبي قد تعرض بصورة سيئة للعض والخريشة، من كلب كبير وأن خوفه من الكلاب – كان من الواضح – نتج من تشريط مباشر بفعل هذه الخبرة، وبهذه المعلومات أصبح المعالج قادرا على استبعاد الخوف من الكلاب عن طريق عملية التشريط المضاد، حيث كان يعطي للصبي خبرات سارة من قبيل أكل قطعة من الحلوى. بينما ينظر الطفل إلى الكلب على مسافة بعيدة، وعندما أصبحت الخبرات السارة مرتبطة برؤية الكلب، وضع الكلب على مسافة أقرب، وغدا اتصال الصبي به أكبر.

(34، 32 – 33)

كما يرى إيزنك أيضا أن المخاوف المرضية عادات متعلمة؛ فالذي يخاف بشكل قوي من أشياء معينة كالأماكن المفتوحة مثلا فهو يعرف بأنه يعاني من الفوبيا رغم إدراكه أن سلوكه هذا شاذ لا مبرر له، ومع ذلك فهو عاجز تماماً في التغلب على مخاوفه بغض النظر عن الدرجة التي يمكن أن تعوقه هذه المخاوف على ممارسة حياة سوية.

(7، 94)

وبناء على ذلك، فإن أصحاب المدرسة السلوكية يرون أن الخوف المرضي من المدرسة قد يتعلمه الطفل من خلال عملية التقليد، أو عن طريق الفائدة والأهمية التي تعود عليه كنتيجة لهذه الاستجابات. فاستجابة التجنب والابتعاد عن مصادر الخطر يصاحبها المكافأة والإشباع، لذلك يتعلمها الطفل فالطفل الذي يرغب في أن يبقى ملتصقا مع أمه يختلق أسبابا للاعتذار عن الذهاب إلى المدرسة، وإذا وافقته أمه يشعر بالمكافأة بالبقاء إلى جانبها، وعلى ذلك يتجنب الطفل الذهاب إلى المدرسة لأن عدم الذهاب يؤدي إلى حصوله على المكافأة. أو على نتائج فرضية بالنسبة له.

(33، 148)

والطفل وفقا لهذا التفسير (نظرية المكاسب الثانوية) يتلقى مكاسب ثانوية بفضل التعزيز من جانب الوالدين أو إحداهما والسماح له في مثل هذا الجو بمعززات أخرى مثل الحصول على بعض قطع الحلوى. أو اللعب في جهاز الكمبيوتر، كما أن أصحاب هذه النظرية يعطون أهمية كبيرة للمدرسة والمعلمين والأقران، وكافة الأنشطة الأخرى الموجودة في البيئة المدرسية من حيث إسهامها في ظهور الخوف المرضي من المدرسة لدى الطفل، ويفسرون ذلك بأن المواقف المدرسية ترتبط شرطيا على المستوى اللفظي تعبيراً عن فقدان الوالدين سواء بالموت أم بالطلاق أم ترك المنزل. ومن خلال هذا التشريط تصبح الأنشطة ذات العلاقة بالمدرسة مثيرات مخيفة تبعث على السلوك الهروبي لدى الطفل، فالطفل يتجنب القلق المرتبط بهذه المثيرات الباعثة على القلق عن طريق بقائه في المنزل، وانخفاض مستوى القلق يقوي لديه السلوك الاحجامي ويعززه. وينظر بعضهم من أصحاب هذه المدرسة إلى الخوف المرضي من المدرسة باعتباره استجابة لا تكيفية متعلمة Alearned Maladgptive Response ارتبطت ارتباطاً شرطيًا بالخوف من فقدان الأم.

وأشار ياتس Yates (1970) إلى أن الخوف المرضي من المدرسة ينجم عن:

1. قلق الانفصال وخاصة عن الأم.
2. تعبيرات الاهتمام الزائد من الأم أو من القائم برعاية الطفل.
3. ردود الأفعال المتعلقة بمخاوف الطفل.
4. عدم قدرة الطفل في الحصول على الإثباتات الاجتماعية في المدرسة، كتكوين صداقات حميمة مع الأقران على سبيل المثال.

(225 ،107)

كما أن طفل ما قبل المدرسة بحسب رأيه يكون معتمداً على أمه التي عملت كمثير قوي في هذه المخاوف. فالخوف من المدرسة لدى أطفال ما قبل المدرسة ينتج قلقاً واحتجاجات عندما كانت الأم بعيدة عن الطفل والطفل بدوره يتعلم بأن

خبرات الانفصال تكون معززة من قبل الأم كطريقة لبقاء الطفل في المنزل – الذي من المحتمل أن تقود إلى المحافظة على ذاته ضد القلق. وتطور خوف الطفل من المدرسة يعتمد على:

1. قوة قلق الانفصال والاعتماد الناتج عن البيت
2. طبيعة الخبرات المدرسية، وحجم المكافأة والعقوبة التي تقدمها للطفل.

(29 ،62)

ويهدد الوالدان طفلهما في بعض الأحيان بالافتراق عنه، وهذا قد يؤدي بالفعل إلى أن يسلك سلوكاً يرضيهما فهو يعمل على تجنب ما قد يسبب له هذا الافتراق من المتاعب وأن هذه التهديدات قد تسبب في نفس الوقت شعوراً بالقلق ناجم عن اعتقاده بأن والديه سيختفيان عنه يوما من الأيام. وقد ذكرت" هيلين روس " (1961) بنتاً في السادسة من عمرها تصادف أن مرضت أمها في نفسه الذي تركت فيه مربيتها خدمة المنزل، فأصبحت تعاني من انفصال مزدوج، تنج عنه أن أصيبت الطفلة بحالة قلق استمرت معها وقتاً طويلاً، وفي الثانية عشرة من عمرها رفضت الذهاب إلى المدرسة إلا بعد أن كتبت لها أمها المكان الذي سوف تكون فيه في كل ساعة من ساعات بقاء الطفلة في المدرسة، وقد كانت الطفلة تهرب من حين لآخر لتتأكد أن أمها ما زالت تنتظرها.

(30 ،53)

وعبّر عن ذلك "جاري وهيجرينز" Garvey and Hegrnes (1966) عندما لاحظ أن الطفل يقترن خوفه شرطيا على المستوى اللفظي عندما يعبر عنه بقوله: "إنني أفتقد أمي" وذلك لأن تعبير فقدان الأم يأتي نتيجة لتعليقات الأم المستمرة عن مغادرة أو ترك المنزل بمعنى أن الأم تردد على مسامع طفلها "سوف تأتي في يوم من الأيام من المدرسة ولن تجدني في المنزل.

(15 ،76)

بينما يرى اتجاه آخر من اتجاهات المدرسة السلوكية في تفسيره للخوف المرضي من المدرسة إن مرد هذا السلوك لدى الطفل ناتج عن انتقال الطفل من صف لآخر ومن مدرسة لأخرى، وذلك عندما ينتقل الطفل من المدرسة الابتدائية إلى المدرسة الإعدادية ومن الإعدادية إلى الثانوية، ومثل هذا الانتقال قد يجد فيه الطفل صعوبة في التوافق الاجتماعي والنفسي مع البيئة الجديدة مع ما تتضمنه من متغيرات مادية أو بشرية كالتوافق مع المدرسين الجدد ومع الزملاء الجدد أو مع المدير الجديد، ومع المطالب الجديدة التي يفرضها نظام هذه المدرسة. وعندما يفشل الطفل في الوصول إلى التكيف أو التوافق الناجح مع هذه البيئة فإنه يلجأ إلى الانسحاب منها والبقاء في المدرسة وذلك كوسيلة دفاعية لتخفيف حدة القلق الذي يعاني منه. وشيئا فشيئا يرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة بصورة جزئية أو كلية لأنه لا يستطيع أن يتوافق مع الظروف المدرسية المختلفة التي تشكلها هذه البيئة الجديدة. هذا وقد أظهرت دراسة " هيرسوف ودافيدسون " (196.) Hersov and Davidson في دراستين منفصلتين، إن أعراض الخوف المرضي من المدرسة قد تظهر مباشرة بعد انتقال الطفل إلى مدرسة جديدة، وذلك لأن المدرسة تشكل بيئة معقدة تتطلب من الطفل القيام بتكيف مناسب، وإذا فشل فإنه سوف يعاني من القلق والخوف، ومن ثم الانسحاب من المدرسة.

ويذكر "كلاين " (1966) إن صعوبات التعلم والاتجاهات السلبية نحو المدرسين ليست عوامل هامة في خوف الطفل منها وإنما الانطباعات التي شكلها وكونها الطفل عن المدرسة والمدرسين.

(31 ،1.3)

ويمكن أن نلاحظ من خلال العرض السابق لنظرية التعلم في تفسيرها للمخاوف العامة التي يعاني منها الطفل بشكل عام والمخاوف المدرسية على وجه الخصوص أن هؤلاء الأطفال يرفضون الذهاب إلى المدرسة نتيجة لـ:

1. تعزيزات سلبية يتلقونها في المدرسة
2. تجنب المواقف القلقة التي يتعرض لها الطفل في البيئة المدرسية.
3. تعزيزات إيجابية تحدث للطفل خارج أسوار المدرسة وخاصة من قبل الوالدين في المنزل.
4. انتقال الطفل من مدرسة لأخرى نتيجة لظروف خاصة تمر بها الأسرة، والتي يجد فيها الطفل صعوبة كبيرة في التوافق مع المدرسة الجديدة وما تتضمنه من مطالب وعلاقات اجتماعية.

رابعاً: نظرية المرحلتين: الخوف والتجنب Fear and Avoidance:

قدمت هذه النظرية من قبل " ماورر " (Mowrer) في عام (1939) حيث اقترح بأن الخوف يستطيع إثارة السلوك وهو ليس فقط رد فعل شرطي لمثيرات مرتبطة بالألم، ولقد ناقش ماورر إلى أبعد من ذلك وقال بأن التخفيف من الخوف يصبح مكافئا إجرائياً بتجنب مثير مؤذ وقد أكدت الصياغات اللاحقة لهذه الأفكار بشكل خاص على الصفات المثيرة للخوف.

وقد شكك "سليجمان وجونسون" (1973) في هذه النظرية من خلال نتائج ثلاثة أبحاث لا تتفق مع نظرية المرحلتين، حيث وجدا أن:

1. استجابات التجنب هي مقاومة للزوال والانطفاء.
2. سلوك التجنب غالبا ما يستمر طويلا بعد تبدد وتلاشي الخوف.
3. من الصعب تحديد المثيرات الشرطية المناسبة.

كما أكد سليجمان وزميله بأنه إذا تم تعزيز سلوك التجنب، وذلك بالتخفيف من الخوف فإنه يبدو منطقيا توقع الزوال التدريجي للخوف بمرور الوقت، ويتبع ذلك إضعاف للسلوك التجنبي وهذالا يحدث دائما. كما دعم "جراي" (1971) Gray هذا القول: إن هناك دلائل تجريبية تظهر استمرارية سلوك التجنب بغياب الخوف.

خامساً: نظرية الذات:

إن فكرة الطفل عن ذاته هي النواة الرئيسة التي تقوم عليها شخصيته، كما أنها أساسي في توافقه النفسي والشخصي والاجتماعي؛ فالذات تتكون من مجموعة إدراكات الفرد لنفسه وتقييمه لها، **وتتميز الصورة الذهنية التي يكونها الفرد عن نفسه بأنها ذات ثلاثة أبعاد:**

- **أولها:** يختص بالفكرة التي يأخذها الفرد عن نفسه وقدراته وإمكاناته.
- **والثاني:** يتعلق بفكرة الفرد عن نفسه في علاقته بغيره، فقد ينظر إلى نفسه كشخص مرغوب به أو أنه منبوذ من الآخرين، حيث تؤثر الطريقة التي ينظر بها الناس إلى الشخص تأثيراً بالغاً، وذلك لأن صورة كل فرد عن ذاته تتكون من خلال نظرة الآخرين إليه.
- **أما الثالث:** فهو نظرة الفرد إلى ذاته كما يجب أن تكون فالطريقة التي ينظر بها الفرد لنفسه تجعله إنساناً متقبلاً لذاته وواثقاً من نفسه، ويبدأ الطفل بتكوين الافتراضات حول نفسه والعالم المحيط به في سن مبكرة واضعاً بذلك نواة مفهومه عن ذاته. وتأخذ تلك الافتراضات أشكالاً ثلاثة:

1. الواقعية: أي نظرة الفرد للأشياء وأي نوع من الأشخاص هو، ونظرته عن العالم من حوله.
2. القيم: أي تصور المرء كيف يجب أن تكون الأشياء، هل هي خيرة أو شريرة، مرغوبة أو منبوذة ؟.
3. الإمكانية: أي توقع الفرد لكينونة الأشياء وإمكانية تغيرها وللظروف الموافقة لنمو الفرد والتقدم الاجتماعي.

وتمتد تلك الافتراضات الفرد بإطار مرجعي للتفكير والسلوك، يشكل المرشد الضروري لقيادة سلوكه وتوجيهه الوجهة الصحيحة ولإحساسه بهويته.

(47، 88)

وتهتم هذه النظرية بأية أنشطة يقوم بها الطفل داخل المدرسة، مثل علاقته بالمعلمين وزملاء فصله، حين يناقشون صلتها بتهديد صورة الذات لدى الطفل، ذلك لأن صورة الطفل عن ذاته تكون متضخمة، وغير واقعية وتكون حاجته إلى التفوق والتميز عالية، لذلك فإنه عندما يواجه مشكلات تتحدى مستوى أداءه المدرسي ونجاحه يصبح الطفل مترقباً للشر، أي قلقاً. ويتحدد مقدار قلقه في ضوء حجم جهوده المبذولة للاحتفاظ بصورته عن ذاته بلا اضطراب أو تشويش.

ومعنى ذلك، أن الملامح الرئيسة لهذه المشكلة (الخوف من المدرسة) من وجهة نظر مفهوم الذات، تظهر لدى الأطفال الذين لديهم قيمة عالية لذواتهم وإنجازاتهم. لذلك فهم يحاولون أن يتعلقوا بتخيلاتهم الذاتية غير الواقعية، عندما يكونون في موقف تهديدي في المدرسة، ونتيجة لذلك فإنهم يعانون من القلق والانسحاب إلى مواقف أخرى، لكي يستطيعوا أن يحافظوا على تخيلاتهم الذاتية النرجسية، ومن الممكن أن يكون هذا الانسحاب مقبولا لهم كي يتوجهوا إلى البيت ويبقون بجانب الأم. وأشار كل من" ليفنتال وسيلز" (1964) Leventhal and Sills إلى أن الكثير من المثيرات المرتبطة بالخوف المرضي من المدرسة لم يتم التأكد منها والتي علق كثير من أصحاب التحليل النفسي الأهمية فيه خوف الطفل من المدرسة لقلق الانفصال، وتساءلوا لماذا تكون هذه المشكلة في الغالب غير متكررة في السنوات الأولى من حياة الطفل ؟ ولماذا لا يكون قلق الانفصال واضحاً في المجالات الأخرى من عمر الطفل قبل ذهابه إلى المدرسة ؟ وشدد هؤلاء العلماء على أن الكثير من هؤلاء الأطفال يحافظون على حياة سوية خارج أوقات الدوام في المدرسة وافترض ليفنتال وسيل أن المشكلة الرئيسة التي يعاني منها هؤلاء الأطفال هي أنهم يعطون قيمة مرتفعة لأنفسهم وتحصيلهم الدراسي وعندما يهدد هذا التقدير المبالغ فيه للذات في البيئة المدرسية. فهؤلاء الأطفال يصابون بالقلق، وبهذا يبدأ الطفل بكراهية المدرسة والخوف منها والإصرار على عدم الذهاب إليها بكونها تعد من وجهة نظره مصدر تهديد لذاته..

وأشار " لاورنيس " Lawrence إلى أن الخوف المرضي من المدرسة يعدّ نتيجة لمفهوم مضطرب للذات، وكنتيجة لتقويم زائد في المنزل.

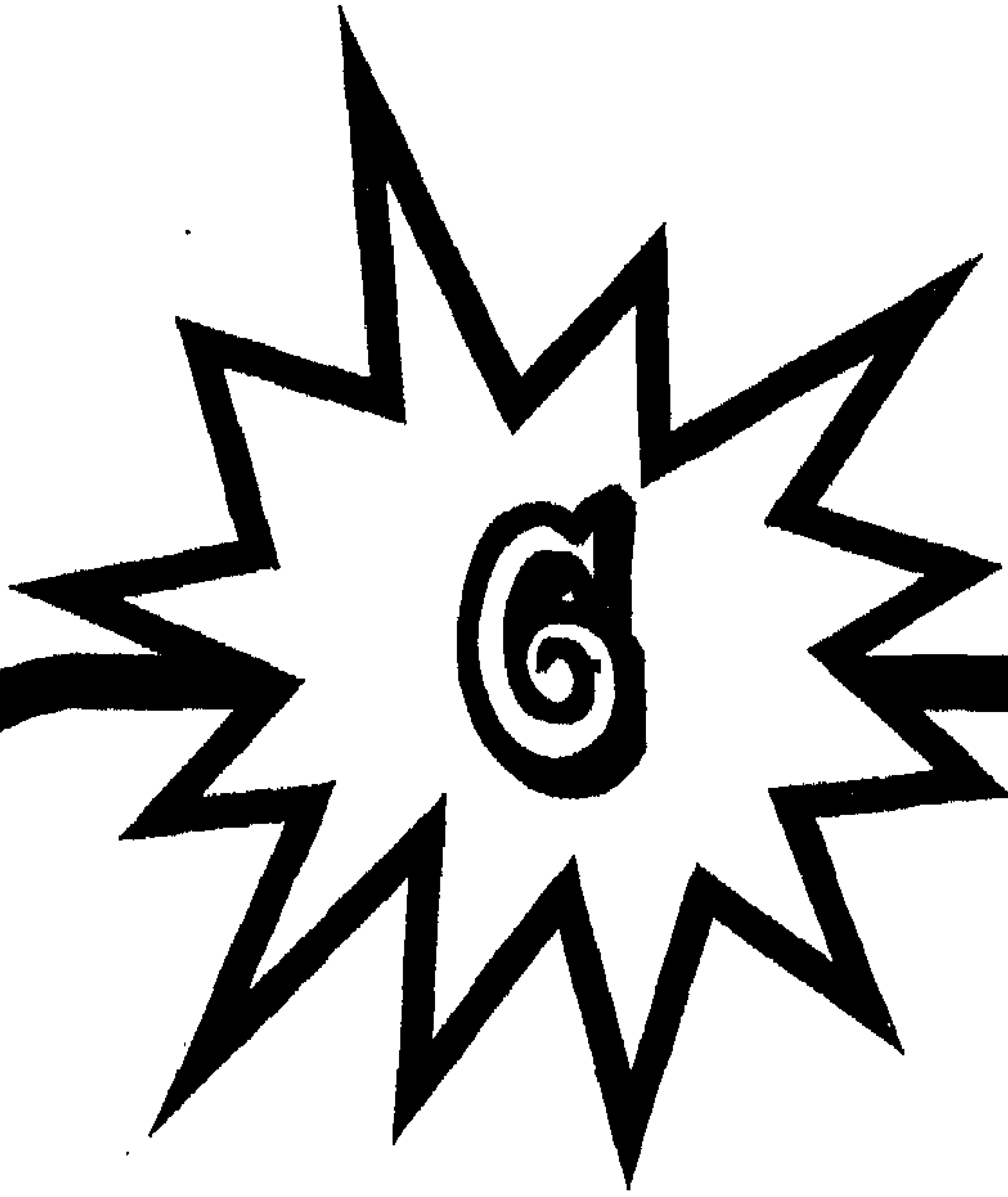
هذا فيما يتعلق بأدبيات البحث النظرية التي تناولت تفسير خوف الأطفال من المدرسة، لكن إذا انتقلنا إلى الدراسات التجريبية المتعلقة بهذه المسألة، فقد جاءت النتائج متفقة مع التوجه النظري حيناً ومتناقضة معه أحياناً أخرى. فقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن هناك علاقة طردية بين مفهوم الذات والخوف، فالأطفال الأكثر خوفا أظهروا اضطرابا في مفهوم الذات الواقعي والمثالي، وتقبل الذات، وتقبل الآخرين.

(72 – 62 ،56)

بينما هدفت دراسات أخرى إلى دراسة العلاقة بين الخوف المرضي من المدرسة وتقييم الذات لديهم مثل دراسة "نيكولس وبيرج" (1970) Nichols and Perg والتي خلصت إلى أنه لا توجد فروق دالة في تقييم الذات بين الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة والمجموعة الضابطة.

وأظهرت دراسة العاسمي (1995) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة والأطفال العاديين في مفهوم الطفل عن نفسه. وهذه النتيجة تتفق مع النتيجة التي توصل إليها "نيكولس وبيرج" وتخالف نتائج دراسة ليفنتال وسيلز (1964) ودراسة لاوريينس (1987)، ودراسة يوسف عبد الفتاح (1993). وربما تتفق هذه النتيجة مع المقولة التي ترى أن الملامح الرئيسة للخوف المرضي من المدرسة تكمن لدى الأطفال الذين لديهم قيمة زائدة بأنفسهم وبإنجازاتهم – الذين يحاولون أن يتعلقوا بتخيلاتهم الذاتية – غير الواقعية عندما تواجههم مشكلات تتحدى مستوى أدائهم المدرسي ونجاحهم فيه.

ومن هنا نرى أن نظرية الذات أرجعت السبب الحقيقي الكامن وراء ظاهرة خوف الطفل من المدرسة إلى المبالغة الزائدة في تقدير قدراته وإمكاناته، وليس الخوف من المدرسة بكل ما تتضمنه من مواقف مختلفة.



الخوف المدرسي

«التشخيص والتنبؤ»

الفصل السادس

الخوف المدرسي

«التشخيص والتنبؤ»

أولاً: التشخيص:

يقصد بالتشخيص في لغة العلاج النفسي "تقويم خصائص العميل وقدراته وإنجازاته وسماته التي تساعد في فهم مشكلاته"، وإن التشخيص يتطلب تحليل المعطيات التي حصل عليها المعالج النفسي، وتنظيمها بشكل متكامل يعتمده أساساً في رسم خطة المعالجة. وتشمل مصادر المعلومات التي يستند إليها الأخصائي النفسي في عملية التشخيص على المقابلات ـ الفحوص الطبية والاجتماعية، السجلات التعليمية ـ الاختبارات السيكومترية والاسقاطية، ويتطلب التشخيص أيضاً، عمليات أساسية تشتمل على الملاحظة، والوصف الدقيق لتحديد الأسباب — التصنيف والتحليل الدينامي بقصد التوصل إلى افتراض دقيق عن طبيعة وأساس المشكلة.

(47 – 42)

وغالباً ما يسمى التشخيص الذي يعتمد شكلاً من أشكال التصنيف "بالتشخيص التصنيفي" بسبب إعادة اضطراب المفحوص إلى نوع ما من الاضطرابات النفسية، مما يشمله التصنيف المعتمد، وغالباً ما يسمى التشخيص الذي يعتمد تقريراً عاماً للأعراض والعلاقات بالتشخيص الدينامي، حيث ينطلق التشخيص من وصف واضح للأعراض والعلاقات والعوامل، وينطلق من وصف مفصّل للعمليات النفسية المتمثلة بالصراعات القائمة حالياً ومن تحديد لاحتمالات تطورها في المستقبل.

(128 ،51)

وفي العادة يُشخص الخوف المرضي من المدرسة بشكل خاطئ، فقد يبدو على أنه صعوبات دراسية يعاني منها الطفل في المدرسة، كفشل دراسي، ضعف في القراءة والحساب، وما إلى ذلك من التشخيصات المختلفة التي يقدمها بعض الدارسين لهذه المشكلة، متناسين بذلك العوامل النفسية والاجتماعية والأسرية الكامنة وراء هذا السلوك كوجود مريض في المنزل أومولد أخ صغير، أو مدرّس صارم في المدرسة، أوخلافات على ما قابلوه من الأطفال في العيادة النفسية أو المستشفى يميلون في العادة إلى تشخيص الاضطرابات الانفعالية على أنها أمراض عضوية معتبرينها واحدة للأطفال جميعاً دون النظر إلى الفروق الفردية في الشخصية أو الظروف الاجتماعية. ولذلك فإن بعض المرشدين يعدون الخوف المرضي من المدرسة اضطراباً معروفاً، وله أسباب وطرائق علاج معروفة. وعلى كل الأحوال فإن معظم الأطفال الذين يرفضون الذهاب إلى المدرسة، لا يذهبون إلى عيادات الطب النفسي وعيادات العلاج والإرشاد النفسي المتخصصة، ولكن يشرف عليهم في الغالب الطبيب النفسي طبيب الأسرة وهؤلاء نادراً ما يكتبون عن طرائقهم في العلاج.

وفي العيادات النفسية يقوم المعالج بفحص حالة الطفل ومشكلاته بناء على خبرته الشخصية وعلى ما هو شائع من المشكلات لدى أطفال منطقته أو مدينته، ثم يعطيه العلاج المناسب بناء على هذا التشخيص غير الدقيق. فإذا كان الطفل لا يريد أن يذهب إلى المدرسة أو يخاف أن يترك المنزل، فالتفسير الواضح لذلك هو أنه إما في المدرسة شيئاً لا يحبه، وإما أنه يريد أن يفعل شيئاً آخر وقبل أن نفترض وجود مرض عضوي لا بد أن ندرس جميع الاحتمالات الممكنة، وهذا يتطلب منا فحصاً دقيقاً للطفل وبيئته وخصوصاً المنزلية والمدرسية ويرى "شيمي" Chyme (1966) أن صعوبات التعلم والاتجاهات السلبية نحو المدرسين ليست عوامل هامة للخوف من المدرسة لدى الطفل، لذلك فالمرشد قليلاً ما كان يستفسر عن الصعوبات التي يواجهها الطفل في المدرسة، وقليلاً ما كان يتحرّى صدق ما يقوله الطفل.

ومن جهة أخرى يفضل بعض المعالجين أن يعرفوا ما إذا كانوا يتعاملون مع موقف حقيقي أم مجرّد خيالات يعبر الطفل عنها، وحتى عندما يحاولون

الكشف عن اتجاه الطفل نحو المدرسة بسؤال المدرسين، فهناك مشكلات من الصعب اكتشافها، لأنها ليست هي المهمة في هذه الحالة من وجهة النظر الموضوعية (رأي المدرسة)، وإنما وجهة النظر الشخصية المتمثلة في رأي التلميذ ومشاعره، وبمعنى آخر ليست المدرسة كما يراها الكبار، وإنما كما يراها الطفل الصغير، وتشير نتائج استبيان "كوبر" Copper إلى دور المدرسة المحدود في توليد الخوف لدى الطفل رغم وجود توترات وضغوط كثيرة في الحياة المدرسية، فالمدرسة هي أول البيئات الهامة خارج محيط العائلة التي ينفصل فيها الطفل عن الأسرة بشكل متكرر، وهي تجبر الطفل على أن يكيف نفسه مع أطفال غرباء وأشخاص بالغين غير مألوفين له، ويتعامل مع أم بديلة، كما يجد نفسه مضطراً على تأدية واجبات يراها صعبة، وعندما يكبر يتنافس مع الأولاد والبنات الآخرين، ويرون نقاط ضعفه وجهله، وربما تكون هناك أسباب أخرى مترسبة لدى الطفل كأن يضطر إلى عبور منطقة فيها كلب مفترس وهو في طريقه إلى المدرسة أو يتغير مدرس الصف، ويأتي مدرس آخر لا يتوافق أو ينسجم معه الطفل. ومن الأسباب أيضاً الانتقال إلى مدرسة جديدة لها نظام أكثر صرامة، أو شعور الطفل بأنه من طبقة اجتماعية أقل من أقرانه. مثل هذه المخاوف من الصعب جداً اكتشافها، لأن المدرس قد لا يتصور أنه ربما يكون شخصياً مخيفاً لبعض تلامذته، وفي بعض الحالات - مثل الحالة الآتية - قد يعرف الوالدان والطفل سبب الخوف لكنهم لا يقولونه لأنهم يعدّونه سراً، فالطفل "ايرك " كان في الثالثة من عمره وكان تلميذاً مجتهداً ومخلصاً في المدرسة، وكان محبوباً بين أساتذته وزملائه، وكان عضواً في نادي الشباب، وفجأة رفض الذهاب إلى المدرسة قائلاً: إنه يخاف أن يتوقف قلبه عن النبض وهو في طريقه إلى المدرسة، وكان يرفض أيضاً الذهاب إلى مركز الإرشاد النفسي، وقد بادر المعالج للاتصال به في منزله، وذهب لزيارته فوجده يلعب مسروراً بقطاره الكهربائي، ويشاهد التلفزيون وكان ينظر وينصرف بشكل طبيعي جداً. واعتقد المعالج أنه ربما كان يتمارض أمام والديه عند الذهاب إلى المدرسة، حيث أخذه بسيارته لمقابلة مدير المدرسة وعندما اقتربا (الطفل، المعالج) من المدرسة، ثارت ثائرة الطفل، ولولا أن باب السيارة كان مغلقاً لقفز منه، رغم أن السيارة كانت تسير بسرعة كبيرة، وكان من الواضح أنه

كان في مأزق وتمنى لو استطاع الرجوع إلى المنزل، ولكن عندما تغير اتجاه السيارة لاحظ المعالج أن ملامح الطفل بدت تظهر عليها بوادر السرور والفرح.

وعن الأسباب الداعية إلى رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة، فقد صرح الطفل للمعالج بأنه قرأ يوماً في الصحف عن أناس يموتون في الشارع، وأنه يخاف أن يحدث له ذلك، وقالت أمه أنه يأكل وينام بشكل طبيعي ولا يهتم بشيء، ولكنه كان دائماً مشغولاً بأفكار عن الموت، وكان هو الطفل الوحيد الذي بقي في المنزل بعد أن تزوجت أخته الكبيرة، وكان أبواه يحبان بعضهما البعض ويحبانه، وكان يشعر بالسعادة في المنزل، ولم يكن فيه ما يسبب التوتر، ولم يكن له أعداء في المدرسة أو في المنزل، ولكن سلوكه هذا ظل غامضاً ولم يتحسن بإعطائه الدواء Phenobarbitone، وقد قام الطبيب بإعطائه جرعة من Sodium Pentothal تمهيداً للقيام بعملية التحليل التنفيسي الانفعالي (Abreaction) وأثناء عملية التحليل النفسي وصف "إيرك" حادثة مؤلمة حدثت قبل أسبوع من بداية انشغاله بأفكار الموت ومن الواضح أن والده قد اتهمه بسرقة النقود من جيبه، وعندما أنكر الطفل ذلك قال والده أنه سوف يعاقبه ليس على السرقة وإنما على الكذب، وأخبر «أيرك» الطبيب النفسي بأنه لم يأخذ النقود، ولكنه اضطر للاعتراف بأنه أخذها حتى ليضربه والده. وعندما اعترف ـ وكانت المرة الأولى التي يكذب فيها ـ عاقبه والده الذي سحب وثيقة وكتب فيها أنه هو وزوجته قد حرما طفلهما أريك من الحقوق جميعها، وأنهما يتمنيان أن يؤخذ الطفل إلى أقرب مخفر للشرطة يودع في دار الأحداث. وفعلاً أخذوا الطفل ولكن المخفر كان مغلقاً لأن رجال الشرطة كانوا يتناولون غذاؤهم، وفي هذه اللحظة أُخذ الطفل في حالة خوف وبكاء هستيرية إلى السيارة وقال أبوه إنه ما دام قد ندم على ذلك فيمكنه البقاء في المنزل.

هذه الحادثة لم يذكرها الطفل ولولا الوالدان في المقابلات الأولى، ولم يتم الكشف عنها إلا بطريقة التحليل النفسي، ومن المؤكد أن الوالدين كان بإمكانهما أن يتذكرا هذه الحادثة، ولكن الطفل كبت هذه التجربة المؤلمة. وبعد انتهاء جلسات التحليل النفسي مع الطفل إيريك. عقدت مقابلة أخرى لمناقشة مشكلات

الطفل مع والديه. وفي اليوم التالي اتصلا بالطبيب النفسي المعالج قائلين: إن إيريك قد تخلّص من خوفه من الموت، ومن الذهاب إلى المدرسة، ولم يُرِدْ أية مقابلات أخرى، وقد ذكر مدير المدرسة أن أريك كان يأتي إلى المدرسة بانتظام.

يبدو من هذا أنه على القائم بعملية تشخيص الخوف المرضي من المدرسة أن يأخذ باعتباره العوامل اللاشعورية الكامنة وراء هذا الخوف والتي تعد مسؤولة بشكل مباشر عنه. من هذا يؤكد الدارسون على ضرورة التشخيص الدقيق للخوف من المدرسة تجنباً للخلط بين أعراض هذا الاضطرابوأعراض اضطرابات أخرى قد تكون مشتركة أو مصاحبة لأعراض الخوف من المدرسة، ومن جهة ثانية أشار كل من كاهن ونورستين وكارول Kahn, Nursten aed Carroll (1981)إلى أن كل حالة من حالات الخوف المرضي من المدرسة تتضمن مجموعة من التصورات المختلفة عن غيرها مثل: الاعتبار الشخصي الداخلي للطفل والعوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية. . . لذلك فقد اقترحوا أربعة مجالات كأسباب منطقية لخوف الطفل من المدرسة والتي تجعل كل مرشد قادر على وضع تشخيص دقيق والمجالات الأربعة هي التالية:

- العمر الزمني وعلاقته بالعوامل النمائية.
- التفاعل الفعّال مع الأم، الأسرة، المجتمع.
- ديناميات البيئة النفسية الداخلية.
- نظرة الطفل نحو أعراضه كاغتراب لأنا أو انسحاب الأنا.

ومن جهة أخرى قام العاسمي (1995) بدراسة بعنوان "دراسة إكلينيكية للأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة" حيث هدفت الدراسة إلى معرفة العوامل النفسية والأسرية والاجتماعية والمدرسية الشعورية التي تسهم في ظهور الخوف المرضي من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية.

- التعرف على البنية النفسية اللاشعورية للأطفال الذين يعانون من هذا الخوف، وقد صاغ الباحث مشكلة الدراسة من خلال الفروض التالية:

1. يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة والأطفال العاديين على مقياس الاكتئاب، التوافق النفسي العام ببعديه الشخصي والاجتماعي، مفهوم الذات، التحصيل الدراسي.
2. بالإضافة إلى هذا تساءل فيما إذا كانت البنية النفسية للأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة تختلف عن البنية النفسية للأطفال العاديين؟ وذلك كما يكشف عنها تحليل استجاباتهم على اختبار تفهّم الموضوع (CAT).

وتكونت عينة الدراسة من (90) طفلاً وطفلة تم اختيارهم من بين (881) طفلاً وطفلة من التلاميذ الملتحقين بالصفين الثاني والثالث الابتدائي بمدينة القاهرة، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (7 – 9) سنوات ؛ حيث قسموا إلى مجموعتين:

مجموعة الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة والبالغ عددهم (45) تلميذاً وتلميذة بواقع (22) تلميذاً و(23) تلميذة، حيث تمَّ اختيارهم من بين الحاصلين على أعلى درجات الارباعي الأعلى في مقياس الخوف المرضي من المدرسة. ومجموعة الأطفال العاديين والبالغ عددهم (45) تلميذاً وتلميذة بواقع (18) تلميذاً و(27) تلميذة، تم اختيارهم من بين الحاصلين على أدنى درجات الأرباعي الأدنى في مقياس الخوف من المدرسة. كما قام الباحث باختيار أربعة أطفال من بين الـ (45) طفلاً ممن حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس الخوف المرضي من المدرسة بواقع طفلين وطفلتين، وكذلك اختيار أربعة أطفال عاديين بهدف المقارنة، وقد تمّ اختيار العينة الـ (90) على أساس تجانسها في السن، ومستوى الذكاء، ومستوى التعليم، آباء الأطفال على قيد الحياة والطفل يعيش معهم.

أما الأدوات التي استخدمها الباحث كانت:

- مقياس كولومبيا للنضج العقلي، إعداد علي السيد سليمان.
- مقياس الخوف المرضي من المدرسة إعداد: الباحث، مقياس الاكتئاب للصغار إعداد غريب عبد الفتاح غريب ـ اختبار الشخصية للأطفال إعداد: عطية محمود هنا، مقياس مفهوم الذات للأطفال إعداد طلعت منصور، حليم بشاي ـ اختبار تفهم الموضوع للأطفال إعداد بلاك وبلاك، استمارة تاريخ الحالة إعداد الباحث ـ استمارة المقابلة الإكلينيكية إعداد الباحث، استمارة المعلم إعداد الباحث. وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:
- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة والأطفال العاديين على مقياس الاكتئاب لصالح الأطفال الخائفين من المدرسة.
- وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق العام ببعديه الشخصي والاجتماعي بين الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة والعاديين، لصالح الأطفال العاديين.
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة والأطفال العاديين في مفهوم الطفل عن ذاته.
- وجود فروق دالة إحصائياً في التحصيل الدراسي بين الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة والأطفال العاديين لصالح الأطفال العاديين.
- أما بالنسبة للفرض الخاص بالجانب الإكلينيكي، فقد أظهرت نتائج المقابلات الإكلينيكية ودراسة الحالة، واستجابات الأطفال على اختبار تفهم الموضوع للأطفال (CAT) إن البنية النفسية (الدينامية) للطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة تتسم بـ:
- اضطراب صورته نحو ذاته: حيث اتصفت هذه الصورة بالسلبية مع تقدير منخفض للذات.

- اضطراب الصورة الوالدية (الأم ـ الأب) التي بدت قاسية وموحشة يكتنفها الغموض والخوف.
- اضطراب العلاقة بين أفراد الأسرة (الأم، الأب، الأخوة) بعضهم ببعض وبينهم وبين الطفل الخوافي.

كما أظهرت النتائج أن الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة لديه مشاعر من الحزن والكآبة والخوف من العدوان الخارجي، مع وجود ميول عدوانية سواء كانت ضمنية أم صريحة تجاه البيئة الأسرية والمحيطية، كما تبين أيضاً افتقار الطفل للاتزان الانفعالي والوجداني والشخصي، ومعاناته من مجموعة من الصراعات. ناتجة عن إحباطات وضغوط يتعرض لها في البيئتين الأسرية والخارجية تتجلى في الصراع بين الأنا والأنا الأعلى، وكذلك الصراع بين نزعة الطفل للاستقلال والاعتماد على النفس وبين التبعية والرضوخ للولدين كما أظهر الطفل أيضاً ضغوطاً وإحباطات حادة ناشئة عن عدم إشباع حاجاته للأمن والانتماء والحرية.

(1995 ،20)

بينما أظهرت دراسة نيفين زيور (1990) التي أجرتها على عشرة أطفال يعانون أكثر من نوع من أنواع الفوبيا في الوقت نفسه، فقد يعاني فوبيا الحيوان وفوبيا الذهاب إلى المدرسة، وذلك باستخدام تكنيك الرورشاخ الرسم والرسم الحر والمقابلة المتعمقة.

بالنسبة لمكان الاستجابة، كانت نسبة المكان طبيعية أقرب إلى السواء، ولم يلاحظ ارتفاع أي من النسب باستثناء "ك" وهو ارتفاع طفيف إلا أنه كان من الملاحظ انخفاض «ج» بشكل ملحوظ.

بالنسبة لارتفاع "ل" وهو ما يعكس مشاعر العدوان المتفجرة لدى الطفل إزاء موضوعاتهم وهي تتراوح بين مشاعر عدوان متفجرة بشكلها الفج ومشاعر عدوان مركزة في أقوال متحكم فيها نسبياً.

كذلك اتسمت صور الموضوعات بالقسوة والوحشية في مقابل صورة الذات التي تتسم بالإذعان والسلبية كنتيجة لمشاعر العدوان الشديدة المتجهة للموضوع، كذلك اتسمت الأنا الأعلى بالقسوة الشديدة والفجة في التعامل مع الرغبات والنزعات.

(37،22 ،52)

ويشخص الخوف المرضي من المدرسة بشكل عام من خلال الدلائل التالية:

- قلق شديد مرتبط بانفصال الطفل عن ذويه الذين يرتبط بهم وخاصة الأم.
- قلق شديد مرتبط بإصابة أو أذى سوف يقع للأشخاص المتعلق بهم الطفل أو خوفه من أنهم سوف يتركونه ولا يعودون.
- الرفض المستمر للذهاب إلى المدرسة والبقاء في البيت.
- الغياب من المدرسة دون سبب وجيه خمس مرات على الأقل في الفصل الواحد.
- البقاء في المنزل مع معرفة الوالدين بذلك.
- يعاني الطفل من الشكاوي الجسمية المتنوعة في الساعات الأولى قبل ذهابه إلى المدرسة مثل: الصداع أو آلام المعدة أو الغثيان أو القيء... إلخ.
- علاقات متكررة من الانزعاج والقلق الحاد مثل: رغبة الطفل في العودة إلى المنزل عندما يكون في المدرسة.
- غياب السلوكيات اللااجتماعية مثل: السرقة أوالكذب أو التخريب.
- المعاناة من كوابيس وأحلام مزعجة تتعلق بابتعاد الشخص المرتبط به أو بمواقف مدرسية متنوعة.

وعلى القائم بعملية التشخيص سواء كان مرشداً أم معالجاً أم طبيباً نفسياً أن يأخذ باعتباره عدداً من النقاط الهامة مثل:

- القدرة على التمييز بين الخوف الطبيعي والخوف المرضي لدى الطفل، لأن الخوف الطبيعي حالة عادية يمر بها كثير من الأطفال عن بدء التحاقهم بالمدرسة وذلك عندما يبتعدون عن الوالدين لأي سبب من الأسباب، أما الخوف المرضي فهو خوف شديد غير منطقي ولا يمكن تبريره لأن المثيرات أو المواقف أو الأشياء أو الأشخاص التي يخاف الطفل منها في الواقع مثيرات لا تسبب الخوف أو الأذى للطفل في أي حال من الأحوال.
- القدرة على التمييز بين القلق الشديد الذي يعاني منه الطفل الخائف من المدرسة والقلق المرتبط بأمور لا تتعلق بالمواقف المدرسية.
- أن يتم التفريق بين رفض المدرسة وكل من الهروب من المدرسة والتسرب المدرسي أو غياب الطفل عن المدرسة لوجود مريض في المنزل (الأب ـ الأم) يستدعي بقاء الطفل معه
- كما ينبغي على القائم بعملية التشخيص التركيز على نقطة مهمة وهي أن الطفل الرافض نتيجة للفشل الذي يشعر به، أو يكون متعرضاً لعدوان حقيقي خارج المنزل أو في المدرسة، يجعله يتذرع به ويأخذه حجة له لرفض الذهاب إلى المدرسة والبقاء في البيت.
- الحصول على فحص طبي شامل، الغرض منه استبعاد أية أمراض عضوية حقيقية، لأن كثيراً من المعالجين يتكهنون أن مشكلة الطفل سيكوسوماتية، فيكتشفون فيما بعد أنها الأعراض الأولى لمرض عضوي فعلي.
- وأخيراً فإن التقصي الدقيق في تفاصيل الأماكن التي يبدي الطفل منها الخوف يمكن أن يساعد على تحديد الأهمية النسبية للمخاوف إزاء المدرسة، والمخاوف تجاه الانفصال. ويلزم الإلحاح على أهمية أن كلا العاملين غالباً ما يوجدان في نفس الحالة. وهنا يحتاج الأمر إلى حكم إكلينيكي ناضج لتقييم الموقف. كما أن المقابلات الشخصية الدنيامية مع الأطفال الخائفين من

المدرسة يلزم أن يكملها تقييم اجتماعي دقيق للمنزل، وتقصّ دقيق أيضاً للمواقف المدرسية والأشخاص الموجودين فيها والتي من الممكن أن تشكل عوامل خوف حقيقية أو خيالية بالنسبة للطفل.

والشيء الضروري في هذا المجال هو التأويل الحريص للأدلة الإكلينيكية، لأن قلق الانفصال لا يمكن الاستدلال عليه ببساطة من الحقيقة التي مؤداها " أن الطفل سيذهب إلى المدرسة إذا ذهبت أمه معه".

ومثال ذلك دراسة لاست فرانسيس وآخرون (1987) Last,c Francis etal, التي هدفت إلى الكشف عن الفروق بين قلق الانفصال Separation Anxiety والخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال، فقد اختيرت عينة الدراسة (67) طفلاً؛ وبواقع (48) طفلاً يعانونمن قلق الانفصال و(1 9) طفلاً يعانون من الخوف المرضي من المدرسة. وقد تم تصنيف المجموعتين وفقاً لتشخيص قائمة الأطباء النفسيين في عيادة معهد "ويسترن "Westren بأمريكا حيث طبق على أطفال العينة قائمة المقابلة للأطفال ومقياس القلق كحالة وسمة للأطفال ومقياس القلق الظاهر للأطفال، والمحك التشخيصي لجمعية الطب النفسي الأمريكي الثالث (DSM – III) وقد أسفرت هذه الدراسة عن النتائج التالية:

- إن غالبية الأطفال الذين يعانون قلق الانفصال كانوا من الإناث، بينما كانت غالبية الذين يشكون من الخوف المرضي من المدرسة من الذكور.
- كذلك مصاحبة اضطرابات أخرى مع كل من قلق الانفصال والخوف المرضي من المدرسة كالقلق الحاد، (46٪) للأطفال الذين يشكون من قلق الانفصال و(37) للأطفال الذين يشكون من الخوف المدرسي.
- وجود فروق دالة في معدلات القلق بين أمهات الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة وأمهات الأطفال الذين يعانون قلق الانفصال لصالح أمهات الذين يعانون من قلق الانفصال.

(657 – 653 ،88)

كما ينبغي على المرشد أو المعالج النفسي أن يأخذ باعتباره مجموعة من الضروريات والقضايا العملية والنظرية عند تشخيصه لحالة الطفل الذي يعتقد أنه يعاني الخوف المرضي من المدرسة، وهذه الضروريات والقضايا هي:

1. القيام باتصالات هذه مع الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والأطباء والمدرسين والآباء للتأكد من وجود هذه المشكلة وليست الأعراض المصاحبة لها أعراض مرضية حقيقية لا علاقة لها بعزوف الطفل عن المدرسة.
2. التأكد من أن الذي يأخذ على عاتقه مسؤولية علاج هذه الحالة هو شخص متخصص.
3. استبعاد المشكلات الطبية (الجسمية) قبل البحث في الأسباب الأخرى لرفض الذهاب إلى المدرسة.
4. تحديد دافعية الطفل لتلقي الإرشاد أو العلاج.
5. السرعة في التدخل من قبل المرشد أو المعالج النفسي.
6. تحديد الوقت المناسب لإجراء المقابلات.
7. مكان عقد المقابلات أو الجلسات ومدة كل جلسة.
8. أسلوب المقابلة والمقياس الخاص بالخوف من المدرسة للتأكد من أن الطفل يعاني من هذا الخوف وليس من اضطراب آخر، ويمكن للقارئ الرجوع إلى قائمة الملاحق للتعرف على مقياس الخوف المرضي من المدرسة، الذي أعده المؤلف بهذا الخصوص.
9. أسلوب المقابلة المتبع مع الطفل، هل هو أسلوب الإرشاد باللعب أو أسلوب الإرشاد المباشر أو الإرشاد غير المباشر. . . الخ.
10. كما يسعى المرشد أو المعالج النفسي إلى خفض حدة القلق الذي يعاني منه الطفل بالدرجة الأولى. (سوف نركز على هذه النقاط في الفصل الثامن).

أما محتوى القضايا التي ينبغي التركيز عليها أثناء قيام المرشد النفسي بعملية التشخيص الدقيق لحالة الطفل الذي يعاني من الخوف من المدرسة فهي:

أولاً: فيما يتعلق بالطفل:

1. شكل الحضور بالطفل.
2. التاريخ التطوري للخوف من المدرسة.
3. الأعراض المصاحبة لخوف الطفل من المدرسة، مثل: ألم المريض في عضومن أعضاء جسده أو غثيان أو بكاء. .
4. نشاطات الطفل خارج المدرسة.
5. الاتجاه نحو مشكلة رفض المدرسة.
6. قدرات الطفل العقلية والتحصيلية.
7. الصفات الشخصية مثل: الانطوائية أو الحساسية أو العدوانية أو الخجل أو ضعف في تقدير الذات،
8. علاقة الطفل بالأصدقاء (داخل أو خارج المدرسة).

ثانياً: فيما يتعلق بالأسرة:

1. بقاء الأسرة والعلاقات القائمة فيها.
2. مصادر الضغط والقلق داخل الأسرة.
3. الوضع الاجتماعي /الاقتصادي.
4. أساليب التربية المتبعة فيها.
5. صفات الأبوين مثل: التكبر، الحماية الزائدة. . .

ثالثاً: فيما يتعلق بالمدرسة:

1. علاقة الطفل بالزملاء والمدرسين.
2. انتقال الطفل من مدرسة إلى أخرى أو من صف إلى آخر.
3. الشعور بالوحدة داخل أسوار المدرسة.
4. مستواه التحصيلي (يمكن الرجوع إلى التفاصيل في فصل قضايا تطبيقية).

لذلك سوف نتناول هذه القضايا بشيء من التفصيل (القضايا المتعلقة بالطفل والأسرة والمدرسة) والتي هي بحاجة للبحث والدراسة بشكل منظم ومنهجي من خلال مايلي:

أولاً: الطفل:

1) شكل الحضور وتاريخه:

يجب أن يتم التعرف على طول المدة الزمنية للمشكلة وحدتها، ويجب على المعالج أن يعرف المدة التي قضاها الطفل خارج المدرسة (متغيباًعنها)، وفيما إذا كانت المشكلة قد ظهرت فجأة وبشكل دراماتيكي عند الطفل الذي كان يواظب على الحضور إلى المدرسة بشكل منتظم، أو أن المشكلة قد ظهرت بشكل متدرج خلال السنوات إلى أن وصلت في النهاية إلى الذروة برفض الطفل كلياً الذهاب إلى المدرسة. وفي حالة البداية المفاجئة للمشكلة غالباً ما يكون هناك سلسلة من العوامل التي أدت إلى ذلك هذه العوامل يمكن التعرف عليها، حالما يتم إيضاح هذه العوامل فإن الخطة العلاجية ستسير بشكل سلس.

أما الحالات التي يحدث فيها الخوف من المدرسة أو رفضها بشكل متدرج فإنها تحتاج إلى بذل جهد أكبر، قد يكون هناك بعض العوامل المثيرة التي أدت أخيراً إلى جعل الطفل يرفض نهائيا الذهاب إلى المدرسة، ولكن فوق كل هذا وذاك يجب تركيز الانتباه للقضايا الراسخة الأخرى التي قد تكون هي المسؤولة عن هذا

الخوف على سبيل المثال: التاريخ الطويل من الغياب المتكرر للطفل الذي من المحتمل أنه قد يسبب في اضطراب علاقات الطفل مع أقرانه في المدرسة وفهم جزئي للمنهاج المدرسي، كذلك يجب على المعالج أن يقيّم مواقف الأسرة من حضور الطفل إلى المدرسة، بالإضافة إلى البحث في أشكال الحضور لأطفال آخرين من الأسرة نفسها والذين هم إما في المدرسة حاليا" أو قد غادروا المدرسة مؤخراً.

إذا وجد أطفال آخرون في الأسرة حضورهم إلى المدرسة قليل، فإن هذا يمكن أن يعزز سلوك التجنب عند الطفل، وذلك بالنظر إلى هؤلاء الأطفال على أنهم نماذج يقتدى بهم. بالإضافة إلى ذلك فالأطفال الذين يحضرون إلى المدرسة بشكل متقطع غالباً ما ينتمون إلى أسر لاتهتم كثيراً بالأمور التعليمية أو أن هذه الأسر لديها دافعية قليلة لإعادة طفلهم إلى الدوام الكامل في المدرسة.

ولا يمكن الاعتماد على المعلومات التي يقدمها الأطفال وآباؤهم فيما يتعلق بتاريخ حضورهم إلى المدرسة ونسبة تغيبهم عنها، والمعلمون في بعض الأحيان قد يهملون أو لا يقيمون بشكل جيد مدى الغياب الذي تغيبه الطفل عن المدرسة. لذلك فمن الضروري للمعالج أن يقوم بنفسه بالتأكد من نسبة حضور الطفل أو دوامه في المدرسة من خلال سجلات المدرسة. إن وجد المعالج أن الطفل كان يداوم بشكل جيد فإن هذا قد يدفع المعالج إلى النظر في العوامل المتعلقة بالمدرسة أو بالمنزل والتي قد تكون سرعت أو حافظت على المشكلة على سبيل المثال: في حالات معينة قد يكون هناك معلم معين هو الذي قد يسبب القلق للطفل فعندماتحين المادة التي يُدرسَها قد يتغيب الطفل عن هذا اليوم. وأحيانا" قد تشجع بعض الأمهات أطفالهن على التغيب عن المدرسة في أيام محدودة وذلك عندما تشعر هذه الأمهات بالعزلة والوحدة، وغالباً ما تكون هؤلاء الأمهات مصابات بالاكتئاب أو أنهن يعشن في ظروف صعبة.

قد يحصل المعالج النفسي في بعض الأحيان على دلالات إضافية حول العوامل المسرعة للخوف المرضي من المدرسة وحول دافعية العميل للعلاج، وذلك ببحث القضايا المحيطة بالأحداث الأولى التي أوجدت الخوف المرضي من المدرسة. على سبيل المثال: كيف ينظر الطفل وأبواه إلى الصعوبات السابقة؟ كم المدة التي تغيب فيها الطفل عن المدرسة؟ وكيف تم التغلب على هذه المشكلة؟.

2) الأعراض المرافقة:

هناك العديد من الأسئلة والأمور التي تحتاج إلى الشرح، وذلك للحصول على وصف دقيق للمشكلات المحيطة بالخوف المرضي من المدرسة، والطريقة التي يتعامل فيها الكبار مع هذه المشكلات. على سبيل المثال:

- كيف يتخذ شكل رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة؟.
- ما الذي يحدث بالضبط كل صباح عندما يستيقظ الطفل من النوم؟.
- هل توجد مشكلة عند الطفل في النهوض من الفراش وارتداء الملابس أو تناول الطعام؟.
- هل يجهز الطفل كتبه وحاجاته من أجل المدرسة؟
- إذا تم تشجيع الطفل للمضي قُدماً في الذهاب للمدرسة، ما الذي يحصل بعد ذلك؟.
- هل تظهر على الطفل علامات قلق جسدية على سبيل المثال: آلام في المعدة أو صداع أو نعاس أوارتعاش أو ذعر؟.
- هل يحتج أو يعترض الطفل على الذهاب إلى المدرسة ويصرخ؟.
- إذا تم الضغط على الطفل للذهاب إلى المدرسة هل يظهر الطفل مزاجا" مشاكساً، وكم الشدة التي يصل إليها مزاجه الغاضب أو مشاكسته وأي شكل يأخذ هذه المشاكسة؟.
- هل يلقي الطفل بالأشياء الموجودة حوله وهل يلكم ويركل هذه الأشياء؟.

- هل هدد الطفل في يوم من الأيام بالانتحار؟ إذا كان قد هدد بالفعل بالانتحار، فماذا كان السياق السلوكي وماذا قال بالضبط؟.
- هل يبدو الطفل على أنه يعاني من حالة قلق عامة؟.
- هل توجد لدى الطفل مشكلة في السيطرة على المعدة والمثانة؟.

وفي العطل الأسبوعية تتطلب مزيداً من البحث خصوصاً " إذا لم يكن هناك ما يشير إلى وجود أساس نفسي للخوف المرضي من المدرسة فنادرا" ما يكون الطفل مصابا" بفيروس من الصعب تشخيصه ولكنه مضعف للطفل حتى ولوكانت هناك تبريرات نفسية، فإن المشكلات الجسدية المستمرة يجب أن لا تهمل، وفي هذا السياق تجدر الإشارة إلى حالة طفل يبلغ العاشرة من عمره، أظهر هذا الطفل كل الأعراض التقليدية للخوف المرضي من المدرسة، لقد تم التغلب على مشكلة الحضور إلى المدرسة ولكنه استمر يعاني من آلام في المعدة وبعد أشهرعدة ظهر أن لديه أوراماً في المعدة، وإن مثل هذه الحالات نادرة لحسن الحظ.

3) النشاطات خارج المدرسة:

إن المدى الذي يشارك فيه الطفل بشكل طبيعي في النشاطات خارج المدرسة، يعطي المعالج النفسي فكرة جيدة حول شدة المشكلة التي يعاني منها الطفل. فالطفل المنطوي على ذاته داخل المنزل والذي يرفض ترك جانب أمه وغير راغب في رؤية أصدقائه غالبا" ما يكون أكثر اضطرابا" من الطفل الذي يستمر في التصرف بشكل طبيعي خارج ساعات الدوام المدرسي. ومن الأهمية بمكان أن يتأكد المعالج فيما إذا كان الطفل المنطوي على ذاته في المنزل يعاني من قلق الانفصال، أو أنه يعاني من تجنب مرضي قوي من أصدقاء المدرسة. وقد يكون من المفيد أيضاً أن يتأكد المعالج من أن العزلة الاجتماعية التي يعاني منها الطفل كانت موجودة في بداية مشكلة رفض الطفل للذهاب إلى المدرسة أم أنها تطورت كنتيجة لكونه خارج المدرسة.

إن الطفل الذي يستطيع أن يسير قرب المدرسة في عطلة نهاية الأسبوع دون أن يشعر بالقلق أو الخوف ليس من المحتمل أن يكون لديه تجنب مرضي معمم من المدرسة

4) الموقف نحو مشكلة رفض المدرسة:

بعض الأطفال قد تكون لديهم مواقف سلبية تجاه المدرسة بحيث يشعرون أن رفضهم الذهاب إلى المدرسة هو استجابة عقلانية ومنطقية. إن الأطفال الذين يشعرون بهذه الطريقة ستكون لديهم دافعية ضعيفة لتغيير موقفهم ما لم يتم تحدي الأساس الذي يبنون عليه هذه المشاعر، وبذلك فمن الضروري البحث في مشاعرهم تجاه جوانب الحياة المدرسية جميعها.

أما الفريق الآخر من الأطفال وهم الأكثر شيوعا" فإنهم يضعون أهمية كبيرة للمدرسة ويشعرون بالذنب نتيجة تغيبهم الدائم، وفي مثل هذه الحالات يحتاج الطفل أن يقيمّ كيف أضافت الأحداث غير المتجنبة وغير المسيطر عليها والتي سببت المشكلة، وفي الوقت نفسه يجب على المعالج أن يؤكد لهؤلاء الأطفال أنه بالإمكان تجاوز هذه المشكلة.

5) الوظائف العقلية والتحصيلية:

إن عدداً لابأس به من الأطفال الخائفين من المدرسة يعانون من صعوبات في التعلم، هذه الصعوبات لم يتم التعرف عليها بشكل كامل من قبل المدرسة. إن التقييم الدقيق لمواطن القوة والضعف عند الطفل سيسمح للمعالج النفسي أن ينصح ببرنامج تعويضي مفصل، وفي بعض الحالات فإن حل المشكلات قد يكون خارج عن نطاق الوسائل العلاجية المتوفرة في المدرسة، لذلك يجب أن يتم طلب المساعدة من شخص متخصص.

6) خصائص الشخصية:

إن السمات المزاجية للطفل وتركيب الشخصية لديه يجب عدم إهمالهما وإن الأحداث اليومية التي تكاد لاتلفت انتباه الأطفال العاديين يمكن أن تكون مهدّدة للأطفال سريعي التأثر (الحساسين). فعلى سبيل المثال إن الطفل الذي لديه تقدير منخفض للذات قد يتأثر بسرعة ويفسر أية علامات ضحك كما لو أنه موجه له (أي لانتقاده).

إن الطفل المنطوي على ذاته والذي كان يعيش حياة هادئة قد يجد ضوضاء المدارس الكبيرة غير مريح بالنسبة له. إن استبيان الشخصية لـ إيزنك (1964) يعتبر وسيلة قياس مفيدة للقياس القبلي والبعدي وخصوصاً للطفل الذي يعيش حالة من الإنطوائيةوالقلق، وهي تقدم أيضا" معلومات مفيدة حول حساسية الطفل الاجتماعية والتزامه الاجتماعي.

(74)

7) العلاقات مع الأقران:

من المفيد الحصول على صورة لعلاقات الطفل في المدرسة، إذا كان الطفل غير مألوف بشكل كبير ويتم إغاضته (السخرية منه) دائما، فإن هذا من شأنه أن يقدم أساساً واقعياً جداً لتجنب الطفل عن المدرسة إذا كان الأمر كذلك فمن المهم للمعالج وهو يناقش المعلمين والأبوين والطفل أن يحاول فهم أسباب هذه السخرية. هل سخرية أقران الطفل منه نتيجة لوجود عيب أو مشكلة تتعلق بشكله الخارجي (الجسدي) أو بسبب سلوكياته أو بسبب حساسيته الزائدة. . . إلخ؟ إذا كانت الشروحات والتفسيرات على وشك الظهور فإن العلاج النفسي يفرض نفسه بنفسه.

إن المشكلات المتعلقة بالعلاقات الأساسية أحياناً لايمكن التغلبعليها، وينصح عندئذ بتغيير المدرسة. إن بعض الأطفال يعتمدون بشكل كبير على صديق أو صديقين مقربين منهم، في مثل هذه الحالةفإن تغيير الطفل لمجموعته التي يوجد فيها هذان الصديقان قد يسبب إزعاجا" للطفل. إنمقاييس تقرير السلوك لروتر ويول (1968) تقدم نقطة بداية مفيدة في النظر لسلوك الطفل وإن نسخة المعلمين يمكن أن تملأ من قبل المعلمين في وقت الاستشارة وتقارن مع نسخة الأبوين المملوءة في المقابلة الأولى.

8) التاريخ التطوري:

إن الأطفال الخائفين من المدرسة غالباً ما يكونون من المدللين أو يتم التعامل معهم بتساهل شديد، لذلك يجب البحث في الأسباب المحتملة لهذا التدليل من جانب الأبوين. فعلى سبيل المثال:

- هل هناك تفسيرات أو تبريراتطبية أو اجتماعية تجعل الأبوين يعاملان طفلهما بشكل مختلفعن بقية الأطفال؟.
- هل هذا الطفل المدلل هو الأكثر تعلقاً من جانب الأبوين على حساب الأبناء الأكثر سنا"منه؟.
- هل عانت الأم في إنجاب هذا الطفل أكثر من معاناتها في إنجاب بقية الأطفال؟
- هل عانى هذا الطفل من مرض كاد أن يودي بحياته؟.
- هل عانى هذا الطفل من خبرات انفصال صعبة ومؤلمة؟.
- هل عانت الأم من اكتئاب ما بعد الولادة عند إنجابها لهذا الطفل؟.

إن مثل هذه الأحداث قد تقود الأبوين لتدليل طفلهم وإشباع حاجته بشكل مبالغ به مما يجعل هذا الطفل أكثر عرضة للتأثر والاضطراب.

ثانياً: القلق المرتبط بالمنزل:

هناك العديد من القضايا المتعلقة بالمنزل والتي يجب أن تبحث بشكل منهجي، ولسوء الحظ فالقلق الناجم عن أحداث معينة يمكن أن يتشكل ويتم الحفاظ عليه من خلال ردة الفعل التي يبديها البالغون في محيط الطفل. وبذلك فإن الطفل الذي يشعر بالكدر بشكل طبيعي وذلك لفقده أحد الأبوين أو أحد الأقرباء أو أحد الأصدقاء قد يستمر في الانزعاج والضيق إذا وجد أحد أعضاء الأسرة يعاني من الاكتئاب. وفيالوقت نفسه فإن الخسارة المفاجئة لأحد أفراد الأسرة يمكنها أن تجعل الطفل يشعر بعدم الأمان ويمكن أن تنشأ لديه مخاوف تتعلق بموت فرد آخر من الأسرةويمكن أن تنشأ مخاوف وقلق مشابه إذا كان هناك مرض في الأسرة (جسدي أو عقلي) وخصوصاً عندما يبالغ الأبوان في الحديث عن حالة المرض أمام طفلهما، أحيانا" يأخذ الأطفال المعنى المجازي للعبارات التي يتحدث بها الأهل على أنها تحمل المعنى الحرفي. المخاوف المتعلقة بالصحة يمكن أن تثار إذا تعرض الطفل لمرض وخصوصاً إذا شعر الطفلبالاكتئاب بعد إصابة فيروسية غير سارة. مرة أخرى يمكن أن يسلط الضوء على المشكلات التي يعاني منها الطفل، وذلك بالحديث الدائم عن الأعراض الجسدية للطفل دون توضيح هذه المشكلات، وبشكل مشابه يمكن أن يتم تعزيز وتشكيل الأعراض الجسدية والنفسية البسيطة التي يعاني منها الطفل وذلك بتركيز الانتباه عليها من خلال:

1. إعطاء أدوية للطفل لا ضرورة لها.
2. الاستفسار المبالغ به عن مشاعر الطفل.
3. أخذ الطفل لمرات عديدة لمقابلة الطبيب خلال ساعات الدوام المدرسي.

إن مخاوف الانفصالالتي قد ترتبط أو لا ترتبط بالقلق من الموت أو المرض يمكن أن تسرع، بسبب انفصال غير مخطط له عن أحد الأبوين أو عن عضو آخر من أعضاء الأسرة المقربين. إن هذا من شأنه أن يشكل مشكلة أكبر إذا كانت الأم أو الأب متغيبين عن المنزل خلال فترة النهار، بينما يكون الطفل في المدرسة، في هذه

الحالة كون الطفل موجوداً في المدرسة يمكن أن يرتبط ذلك بالقلق المحيط بالانفصال. إن عدم الشعور بالأمان والإحساس بالقلق الاجتماعي غالبا" ما ينشأ بعد انتقال الأسرة من المنزل إلى آخر؛ فالطفل سيكون قد اكتسب بعض التوتر العائلي الطبيعي الناتج عن البيع والشراء وحزم الأمتعةوالرحيل، بالإضافة إلى ذلك إذا كان الانتقال من منزل إلى آخر يتضمن انفصال الطفل عن أصدقائه المقربين، وإذا كان هذا الانتقال سيفرض على الطفل رحلة طويلة حتى يصل إلى مدرسته (أي أن المنزل الجديد يكون أبعد من المنزل القديم عن المدرسة)، أو إذا اضطر الطفل إلى تغيير مدرسته، فإن القلق يبرز بشكل أوضح، وأحيانا" الغيرة من اهتمام الأبوان بالطفل الأصغر في المنزل قد يكون عاملاً هاماً، بالإضافة إلى ولادة طفل جديد، أو حدوث مرض لطفل صغير في المنزل مما يدفع الأبوين للاهتمام به متناسين طفل المدرسة. ويمكن للأهل أن يساهموا في قلق الطفل من المدرسة وذلك بتوقع أشياء غير واقعية من الطفل أو بتقييم الطفل بشكل مبالغ به مما يؤدي بالطفل إلى إعطاء صورة لنفسه أكبر من حجمه الحقيقي.

حالما يكون الطفل خارج المدرسة فإن العديد من القضايا أو الأمور الثانوية يمكن أن تنشأ وتبقي على المشكلة. إن الخوف المرضي من المدرسة يمكن أن يتم تعزيزه سلبياً من خلال التجنب الناجم عن النشاطات غير المحببة للطفل أو للأشخاص غير المحببين له في المدرسة، ويمكن أن يعزز إيجابيا من خلال:

1. تمتع الطفل بحرية شخصية كبيرة في المنزل على سبيل المثال أن يستطيع مشاهدة التلفاز والبقاء في السرير متأخراً وأن يمارس هواياته واهتماماته الخاصة.
2. أن يعامل الطفل معاملة خاصة وأن يتم الاهتمام به كثيراً وهو خارج المدرسة، وفي بعض الأحيان يحاول الأبوان تقديم رشوة لطفلهما حتى يعود إلى المدرسة ويقومان بشراء ملابس جديدة له. . . إلخ.

3. إزالـة الضـغط عـن الطفـل للحضـور إلى المدرسـة وذلـك عنـدما يثـور الطفـل ويعترض بشـدة، وهـذا مـن شـأنه أن يـوحي للطفـل بأنـه علـى حـق وأن المدرسـة على خطأ، وبالتالي يعزز الأهل هنا سلوك التجنب عند طفلهم.

وأخيراً قد تكون هناك صعوبات عملية كثيرة متضمنة في أخذ الطفل إلى المدرسة بحيث أن المشكلات لا تواجه من قبل الأبوين، ومن الأمور التي تحدث بشكل شائع في هذه الحالة هي:

1. الأب لايكون موجوداً في الصباح عندما تظهر صعوبات الطفل.
2. الأم لاتستطيع أن تتدبر أمر الطفل عندما يظهر مزاجا مشاكساً.
3. وجود أطفال أصغر سنا في الأسرة يتوجب أخذهم إلى المدرسة، وبذلك تشعر الأم بأنها غير قادرة على التعامل مع الطفل الذي يخاف من المدرسة، وفي الوقت ذاته تدبر متطلبات الأسرة الأخرى.
4. سكن الأسرة في مكان بعيد عن المدرسة بحيث لاتوجد وسيلة نقل أخرى إلى باص المدرسة.
5. عدم رغبة الأبوين في إجبار طفلهم على الذهاب إلى المدرسة وذلك لأنهم لايريدان إزعاج طفلهما، ويشعران بالقلق تجاه إجبار الطفل على الذهاب إلى المدرسة، فهما يعتقدان أن هذا الإجبار من شأنه أن يزيد الطين بلة.

1) العلاقات الأسرية:

إن استمارة سجل الخوف المرضي من المدرسة تقدم وسيلة سريعة لتسجيل المعلومات الأساسية، في العديد من الأسر تتمتع الأم بعلاقة لطيفة للغاية مع ابنها، وتتمتع بعلاقة غير مشبعة وبعيدة مع زوجها. إن الأمر قد يزداد سوءاً عندما يكون على الأب أن يعمل لساعات طويلة خارج المنزل وبالتالي تلقى كل أعباء الأسرة على الأم. ومن الأهمية بمكان أن يعرف المعالج إلى من يميل الطفل أكثر إلى أمه أم إلى أبيه، ويجب عليه أن يعرف أيضا"نوعية العلاقات بين أفراد الأسرة. ومن المهم أيضا"

التعرف على موقع الطفل في الأسرة ومكانته هل هو الابن المدلل؟ في بعض ا لأحيان يكون الفارق العمري بين الطفل وأخيه الأكبر كبيراً جداً لدرجة أن الطفل يشعر أنه وحيد في عالم الكبار المحيط به في الأسرة، في مثل هذه الحالة فإن الأبوين والأشقاء الأكبر سنا" للطفل يميلون إلى تد ليله وإلى إشعاره بأنه ذو قيمة كبيرة. في بعض الأحيان يمكن أن يوضح الابن الأكبر تحت الضغط لكي يتصرف بطريقة معينة بحيث يكون نموذجاً يقتدي به الأخوة والأخوات الأصغر سنا"، وأحيانا" قد يشعر الابن الأوسط بأنه مهمل وذلك لأن أخوته الأصغر منه سنا" يحصلون على الرعاية من جانب أبويه وأخوته الأكبر منه سنا" يتمتعون بحرية التصرف في حياتهم.

2) مصادر الضغط والقلق:

من المهم أن نتذكر أنه قد تكون هناك أموراً عديدة وإن كانت لاتهم الطفل بصورة مباشرة إنما مع ذلك قد تسبب بناء حالة من الضغط والقلق لأعضاء آخرين في الأسرة، وهذا ينتج عنه أن أفراد الأسرة تصبح لديهم قدرة ضعيفة على حل مشكلاتهم الخاصة، أحيانا" عندما تتعدد مشكلات الأسرة فإن الخوف المرضي من المدرسة قد لايكون القضية الأساسية أو محور اهتمام الأسرة، وفي مثل هذه الحالة قد يكون مهما" أن يتم تأسيس أنظمة دعم للأسرة بالإضافة إلى تقديم المساعدة في كيفية التعامل مع الخوف المرضي من المدرسة.

3) التكاليف المادية:

من المفيد البحث في التكاليف والعوائد للخوف المرضي من المدرسة لكل فرد من أفراد الأسرة بالإضافة إلى الأسرة برمتها، في بعض الأحيان تؤدي المشكلة عند الطفل (الخوف المرضي من المدرسة) خدمة للأسرة، فعلى سبيل المثال ممكن لهذه المشكلة أن تنقل تفكير الأبوين من التفكير. المؤلم في حياتهم الزوجية والحالة التي يعيشانها إلى التفكير في مشكلة طفلهما.

إن الأم التي توجد لديها عقدة الخوف من الأماكن المزدحمة والتي تعيش في ظروف منعزلة قد تكون مسرورة بالإبقاء على طفلها في المنزل كرفيق لها. إن مثل هذه الأمور قد ينتج عنها رفض العلاج من قبل الأسرة وهذا الرفض إما أن يكون واضحا" وصريحا" أو أن يكون ضمنيا"، إن المعالج قد يحصل على دلالات تكشف له كيف حاول الوالدان حل مشكلة طفلهما وهل حاولوا فعلا" أو لا؟.

مرة أخرى هناك حاجة للتعامل مع كل فرد من أفراد الأسرة بالإضافة إلى التعامل مع الطفل الخائف من المدرسة علاجياً.

4) أساليب التربية:

يجب قدر المستطاع أن يتم تشجيع الأسرة على تنظيم مصادرها الخاصة في التغلب على المشكلات والصعوبات التي يعاني منها الطفل، إذا أخذ المعالج على عاتقه كل المسؤولية في العلاج عندئذ قد ينشأ موقف اتكالي من جانب الأهل وينسون دورهم في علاج طفلهم، وبناء " على ذلك يحتاج المعالج أن يعرف الإجابة على الأسئلة التالية:

- من الشخصية صاحبة السلطة في الأسرة؟.
- ما الدور الذي يلعبه الجدان في تربية أحفادهما؟.
- هل هناك أحد من أعضاء الأسرة يشكل نموذجا" للمشكلة التي يعاني منها الطفل الخائف من المدرسة؟.
- هل يستطيع الأبوان أن يفرضا رأيهما على طفلهما ويمارسا السلطة عليه، أو أنه خارج عن نطاق سيطرتهما ولايستطيعان السيطرة عليه؟.
- كيف ينظر كل فرد من أفراد الأسرة للصعوبات التي يعاني منها الطفل وما البرنامج العلاجي المقترح من وجهة نظرهم أي كيف يجب أن يكون العلاج من وجهة نظرهم؟.
- إن هذا النوع من البحث والاستقصاء مهم للغاية خصوصاً مع الأسر التي تقاوم العلاج بشدة.

ثالثاً: المدرسة:

إن مراجعة أدبيات العلاج التي تم ذكرها من هذا الكتاب تسلط الضوء على حقيقة أن العديد من المعالجين قد أهملوا أوقللوا من أهمية دور العوامل المدرسية في أسباب الخوف المرضي من المدرسة، وإن بداية هذا الفصل أكدت أن الشروط المسبقة للعلاج الناجح هي ملاءمة البيئة المدرسية للطفل اجتماعيا" وأكاديميا".

يؤكدالعديد من المعالجين أن هناك جوانب عديدة من الحياة المدرسية هي التي تسبب قلق الأطفال، ويقولون: إن إدراك الطفل للمدرسة هو الذي بحاجة إلى التغيير وليس حصول أي تغيير حقيقي في المدرسة. لقد ذكر أيضا" أن معظم الأطفال لايتأثرون بالأحداث المختلفة التي يهتم بها كثيراً الأطفال الخائفون من المدرسة، إلا أن مخاوفهم هذه يجب أن تكون غير واقعية ولاعقلانية. التركيز في العمل العلاجي يتطلب العمل حول كيفية التعامل مع هذه المخاوف اللاعقلانية من خلال خفض الحساسية أو المجابهة. لقد قيل: إن مع العلاج الناجح سيدرك الطفل في النهاية أن هذه المخاوف كانت مخاوف مرضية وغير مبررة على الاطلاق، وأن الحياة المدرسية يمكن أن تكون تجربة ممتعة.

فالمعالج الذي يستخدم أسلوب الإفاضة أو الغمر يبعد عن أبويه القلقين، ويجبر الطفل على مواجهة المواقف المثيرة للخوف ربما بدرجة من الدعم الاجتماعي والأكاديمي، رغم أن درجات القلق عند الطفل ترتفع في البداية، فإن سلوك التجنب عند الطفل يضعف حتى ينتهي القلق بصورة نهائية، ويدرك الطفل أن المواقف المثيرة للقلق قد تمت إساءة فهمها أو تشويهها، وفي هذا الحال سيعود الطفل إلى حياته الطبيعية في المدرسة متمتعا" بها، وكل الأشخاص ومن ضمنهم الأبوان والمعلمون سيشعرون بالامتنان للمعالج لأنه اتخذ موقفاً قويا" وثابتا"، بغض النظر عن كون هذه الطريقة مبسطة بشكل كبير.

تهمل حقيقة في هذا المجالمفادها أن المواقف المثيرة للقلق تكون حقيقية وتكون هناك أحيانا" تعزيزات غير كافية لكون الطفل في المدرسة.

ويبدو بشكل واضح أن الجزء الأساسي من العمل التشخيصي يتضمن نظرة دقيقة وحساسة إلى القضايا المحيطة بقلق الطفل الذي يعبر عنه، ومن المهم غالباً أن تجري تغييرات جوهرية في البيئة المدرسية قبل التعامل مع أي خوف لاعقلاني متبقي عند الطفل.

وهناك أيضا" العديد من الأمور العامة التي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار. ففي بعض المدارس قد توجد فيها مشكلات متعددة غالبا" ما يشار إلى طريقة الأنظمة للتعامل مع هذه المشكلات، بالإضافة إلى العمل العلاجي الفردي. إن المدارس التي تكون نسبة معدلات الدوام فيها ضعيفة بشكل عام يصعب العمل فيها على مستوى حالة العمل الفردية ؛ ففي بعض المدارس قد يظهر الأطفال قليلو التحصيل فقط في المجموعات العمرية الأكبر سنا" حضوراً ضعيفاً للمدرسة. إن الأطفال الخائفين من المدرسة والذين ينتمون إلى مثل هذه المدارس قد يكون من الصعب علاجهم على أساس فردي بحت، وخصوصاً إذا كان الأصدقاء المقربون من هؤلاء الأطفال يتغيبون بشكل منتظمعن المدرسة، وبذلك يقدمون نماذج قوية لسلوك التجنب لدى الأطفال الخائفين من المدرسة.

وهناك المدارس التي تعاني من سلوك الشغب ومشكلات كبيرة في النظام قد تفرض تحديات لابأس بها للعلاج إن الطفل القلق جدا" والذي يشتكي بشكل دائم من السخرية الدائمة من قبل أقرانه قد يكون عنده بعض الصعوبات المعينة في إعادة التكيف في مثل هذه البيئة، وقد يكون من الضروري نقله إلى مدرسة فيها نظام أفضل وأمان أكبر بالنسبة له.

النظام في المدرسة:

إن تغيير الطفل للمدرسة أو حدوث تغيير جوهري داخل المدرسة ذاتها غالباً ما يسبق الخوف المرضي من المدرسة، وربما هذا لن يكون مستغرباً إذا ما أخذنا بعين الاعتبار المدى الواسع للتعديلات أو الإصلاحات المتضمنة في هذا التغيير. فالطفل غالباً ما يضطر أن يصبح معتاداً على قواعد جديدة وروتين جديد، بالإضافة إلى متطلبات أكاديمية مختلفة، وتوقعات مختلفة، وأساليب تعليمية غير مألوفة له، وطرائق تدريس مختلفة بالإضافة إلى تشكيل صداقات جديدة. إن التغير الذي يحصل عند انتقال الطفل من المدرسة الابتدائية (حيث المدرس يكون واحداً في أغلب الأحيان) إلى المدرسة الإعدادية حيث يوجد مدرسون عدة يدرسون في الصف أو الفصل الواحد قد يؤدي إلى حدوث اضطراباتلدى بعض الأطفال، وإذا كانت المدرسة الجديدة موجودة في مكان بعيد عن المنزل ومحاطة ببيئة غير مألوفة للطفل، فإن إحساس الطفل بعدم الأمان يمكن أن يتزايد.

وكذلك هناك مواد دراسية معينة يمكن أن تخلق مشكلات كثيرة لأطفال معينين، فعندئذ قد تتمركزالصعوبات حول العمل أو الوظائف التي يؤديها الطلاب في المدرسة فيما إذا كانت سهلة جدا" أم صعبة جداً بالإضافة إلى العلاقات مع المعلمين/أو مع التلاميذ في المجموعة التعليمية. كذلك من الممكن أن تتمركز الصعوباتحول الأسلوب التعليمي. لذلك فالمشكلات التعليمية المحدودة تحتاج إلى بحث دقيق وعلاج من قبل المعالج النفسي.

كذلك الأطفال ذوو الوزن الزائد قد يجدون في دروس الرياضة تهديدا" لهم وأن الفشل في أداء التمرينات الرياضية بالإضافة إلى سخرية الأقران قد يؤدي إلى إحساس الطفل بضعف الثقة بالنفس، لذلك من المهم أن يتم توفير ألعاب بحيث يستطيع هؤلاء الأطفال أداءهاو بالتالي يستعيدون الثقة بأنفسهم. إن تجنب الألعاب يمكن أن يرتبط مع العديد من المشكلات ومن ضمنها الخوف من الأذى الجسدي، الخوف من الاستحمام أمام الأقران، الخوف من المدرس الذي ينفعل بشدة

أمـام الأطفـال. . . إلخ لـذلـك يجـب توضيـح القلـق المـرتبط بكل جانـب مـن جوانـب الحياة المدرسية للطفل حتى يتم اتخاذ الخطوات الملائمة للمساعدة.

وهنـاك عدد من الأطفال لديهم طموح كبير ويضعون لأنفسهم أهدافاً شبه مستحيلة التحقـق، وعنـدما يفشـلون في تحقيـق هـذه الأهـداف يشـعرون بـالقلق الشديد، إن مثل هؤلاء الأطفال غالبا" ما يكون تحصيلهم عال، وهناك أطفال آخرون قـد يكـون لـديهم مشـكلات في التعامـل مـع الامتحانـات والاختبـارات ؛ فالعديـد مـن هؤلاء يشعـرون بـالقلق إذا طلـب منهم الوقـوف أمـام زملائهـم في الصف والتحـدث في موضـوع مـا، وهنـاك بعـض الأطفـال يشـعرون بالخجـل مـن القـراءة بصـوت مـرتفـع والإجابة على أسئلة المدرس أمـام زملائهم، إن الإشارة المبكـرة لوجـود الخـوف المرضي من المدرسة غالبا" لايمكن ملاحظتها. .

كثيراً مـا تشير الأيـام الزائـدة التي يقضيها الطفـل خارج المدرسـة، وزياراتـه المتكـررة إلى العيـادة المدرسـية مشـتكيا" مـن وجـود آلام خفيفـة وصـداع إلى أن هنـاك شيئاً ما خطأ في هذا الطفل، وأن تقديم المساعدة للطفل في هذه المرحلة والاهتمام الزائد بـه والتعامـل الجيد معـه فيهـذه المرحلـة يمكـن أن يجنـب الطفـل خوفـاً مرضياً شديداً، ولكن ما إن تتطور المشكلة لديه ستنشأ لديه أمور ثانوية.

خلاصة:

مما سبق يمكن القول: إنـه ينبغـي " في هـذه المرحلـة الإشارة إلى نقطـة مهمـة وهـي أن التمييـز بـين التشـخيص والعـلاج هـو تمييزمصـطنع وفي الحقيقـة كلاهمـا مرتبط بالآخر، ويجبمنذ البداية أن يولي المعالج انتباها" شديدا" للعديـد مـن الأمـور الأساسـية أو الجوهريـة المتعلقـة بطريقـة العـلاج وذلـك لكـي يبنيالثقـة والألفـة، وأنيجمـع كل المعلومات الهامة المتعلقة بالمشكلة ثم استخلاصها مـن كل طـرف مـن الأطراف المشتركة في العلاج، وأن العمليـة التشخيصية بحد ذاتها تتضمـن العديـد من العناصر العلاجية ممهدة الطريق لمرحلة المجابهة النهائية والمؤلمة بهدف إحداث

التغير الإيجابي في سلوك الطفل الرافض للمدرسة وتكوين اتجاهات سارة بخصوص المدرسة.

ثانياً: تطور ومآل الخوف من المدرسة:

أما بالنسبة لتطور الخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال فيتجلى في ثلاثة أشكال وهي:

أولاً: قد لايختفي الخوف من المدرسة وكذلك الأعراض المرتبطة به: ففي أحوال نادرة لايسهل تفسير هذه الاستمرارية فهناك احتمال بوجود "ذهان سمبيوزي "الذي ينخفض تماما أثناء الأعوام الأولى من حياة الطفل، وهناك حالات أخرى يشير الأمر فيها إلى تنظيم نفسي يصعب تقديره إلا في السياق الأسري فحينما لايقدر الأبوان على تحمل طفلهما وحينما تسهم المدرسة في استثارة ذكريات مثيرة للقلق، فإنها عوامل من شأنها أن تعقد المواقف، وتدفع الطفل لمجابهة رغباته الغريزية التي لم يكن يسيطر عليها ويكتبها. ومثل هذه العوامل تكون لها آثارها السيئة على الجهاز النفسي للطفل ؛فالقدرة على الابتعاد عن الأسرة يعدّ أحد المكتسبات الخاصة بالتطور النفسي السوي للطفل.

ثانياً: لايبدو الخوف من المدرسة عند الطفل في هذه المرحلة بشكل واضح بالنسبة للبالغين، إذ أن الحصر لايحدث إلا في الطريق لحظة الذهاب إلى المدرسة. إلا أن الطفل يخفيه ولا يتحدث عنه، ولكنه يعرب في وقت لاحق عن أهمية هذه اللحظات والتي كانت بمثابة العواصف التي عصفت بكيانه والتي كان يشعر بها في كل مرة يدخل فيها صفه.

ثالثاً: قد يستمر الكف (الكف هو تعطيل أية وظيفة من وظائف الذات أو إضعافها أو الحد منه (26، 47) في حالة غياب الشخص الذي يحتمي به الطفل لفترات طويلة) وقد يظهر على نحو ثانوي أثناء فترة الكمون، وذلك من جراء التقلبات الغريزية الخاصة بهذه الفترة والتي تبدو على شكل ظهور انفعالات

اكتئابية بسيطة من قبيل الضيق أثناء فترة بعد الظهيرة في المدرسة أو من جراء آليات الإسقاط نتيجة اعتقاد الطفل بأنه هدف لعدوانية رفاقه أو مدرسيه. ومن بين الآثار الأكثر وضوحا لهذا الكف بالنسبة لهؤلاء الأطفال، يبدو في شكل عدم قدرتهم على الاستماع إلى المدرس أثناء شرحه للدرس، إذا لم يوجه حديثه مباشرة للطفل نفسه.

(52، 3733)

وتطور المخاوف المرضية لدى المراهقين يأخذ أشكالاً عدة منها:

1. تطور أعراض الخوف المدرسي نحو تكوين فصامي، وغالبا ما يكون أكثرها ندرة وخصوصاً عند فحص الأعراض الأكثر وضوحاً، حيث تظهر لديهم سمات اللاتناغم. وسمات الذاتويةكما تظهر سمات هذيان برانوي.
2. وقد تطور أعراض الخوف من المدرسة عند بعضهم الآخر من المراهقين، فيظهر لديهم عدم القدرة على التوفيق مع رغباتهم الحقيقية أو عدم قدرتهم على تحمل الإحباط الذي يرتبط بأسرته وبعلاقاتهم به، فقد يبدو المراهق غير قادر على احتمال عدم اهتمام والده به، ولذلك فإن عدم ذهابه للمدرسة، يبقى على رغبته في أن يبقى مع والديه، ويفرض وجوده على والديه بشكل متزايد وذلك بشكل مباشر أوغير مباشر، ودفاعاً عن منطقه الخاص من جهة ثانية يصبح انتهاؤها مثيرا للألم والخطر من حيث إنها تمثل عدوانا على الجسد.
3. وهناك فئة أخرى من فوبيات المدرسة لدى المراهق أكثرانتشاراً حيث تبدو بدايات الفوبيا لدى هؤلاء واضحة وأن هذه الفئة تتسم بسمة محددة، وهي أنها لا تنحدر من هوة الفصام، ويعني بها تلك الحالة التي يبدو فيها على المراهق إخفاق تام في الذهاب إلى المدرسة أو في الجامعة والتي يصاحبها نزعة اكتئابية أكثر وضوحا" مما هي عليه في الحالات السابقة الذكر حيث يكون المراهق حزينا" من جراء إخفاقه كما تظهر في هذه الحالات أيضا"اهتمامات (هيبو كو ندرية) (توهم المرض) حيث يطالب المراهق من الذين حوله برعايته.

4. تنتظم بعض حالات من الخوف المدرسي لدى الطفل الكبير في شكل حالات هستيريا حصر حقيقية ؛ التي تشير إلى أعراض مخاوف أصلية تنتهي بنقصان القلق خارج نطاق المواقف المثيرة للقلق، وذلك دون وجود مشاعر اكتئابية.

(53، 22. 37)

كما يرى بولبي (1973) أن الخوف المرضي من المدرسة يعدّ المسؤول عن كثير من اضطرابات سن الرشد: كالعزلة الاجتماعية والخوف من الأماكن المفتوحة والخوف من الذهاب إلى العمل. ومن المحتمل أن يؤدي الخوف المرضي من المدرسة إلى حالة فصامية في المستقبل، فقد ذكر "ديفي" Davy (1960) أن (50٪) من طلبة الجامعة الذين تم تشخيصهم بالفصام كانوا يعانون بشكل أو آخر من أعراض الخوف المرضي من المدرسة (73، 26).

يلاحظ مما سبق أنه إذا كان الطفل والأسرة والمدرسة تمثل الأبعاد الأساسية والمسؤولة عن خوف الطفل من المدرسة، فإن على المعالج النفسي إذا أراد أن يتصدى لهذه الظاهرة عند الأطفال من خلال استخدام الأساليب العلاجية المناسبة أن يأخذ بالاعتبار هذه الأبعاد ؛ لأنها تشكل المحور الأساسي لفهم هذا الاضطراب.



العلاج النفسي لخوف الأطفال من المدرسة

الفصل السابع
العلاج النفسي لخوف الأطفال من المدرسة

مقدمة:

لاحظنا مما سبق أن علماء النفس والتربية والطب النفسي قد تناولوا الأسباب المؤدية إلى ظهور الخوف المرضي من المدرسة من زوايا نظرية مختلفة، تتفق وانتماءاتهم النظرية سواء كانوا تحليلين أم سلوكيين أم فيزيولوجيين... وهذا الاختلاف جعلهم يتناولون هذه الظاهرة بالتشخيص والعلاج من زوايا مختلفة أيضا". لذلك فسوف نركز في هذا الفصل على الأساليب العلاجية المختلفة التي تناولت هذه المشكلة لدى الأطفال من وجهة النظر التحليلية والسلوكية والطبية والمعرفية... الخ، علنا نضع بين يدي المعلمين والمرشدين النفسيين والأباء بعضاً من الأساليب العلاجية التي تفيدهم في التعامل مع هذه المشكلة في حال ظهورها لدى أطفالهم.

وأهم هذه الأساليب هي التالية:

أولاً: الديناميات النفسية في علاج الخوف المرضي من المدرسة:

إن الأعمال العلاجية للخوف المرضي من المدرسة كانت مبنية بشكل واسع على مبادىء واستراتيجيات نظرية التحليل النفسي. ورغم ذلك فإن الاستراتيجيات والأساليب العلاجية تنوعت بشكل كبير تحت مظلة التحليل النفسي، وكانت هناك اختلافات جوهرية على وجه الخصوص في الرأي فيما يتعلق: بالشخص القائم بعملية العلاج وفي المكان المناسب الذي يتم فيه العلاج، وهل يجب الإصرار على العودة الفورية للطفل إلى المدرسة قبل أو خلال أو بعد العلاج؟ وإلى أي مدى يجب أن تأخذ العوامل الموجودة خارج الأسرة بعين الاعتبار في تحديد أسباب الخوف المرضي من المدرسة وعلاجه؟.

لقد كانت الكثير من الأعمال الرائدة في مجال العلاج النفسي مهتمة بالاضطرابات النفسية التي تصيب الطفل، رغم أن معظم الدراسات وسعت نطاق العلاج ليشمل العلاقة بين الطفل وأمه؛ فقد ركز "مالمكويست" (1978) MALMQUIST على حقيقة مؤداها: رغم أن دراسات عديدة ناقشت طبيعة ديناميات الأسرة في شرح أسباب الخوف المرضي من المدرسة، فإن قليلاً جداً من المعالجين قد أشرك الآباء في عملية العلاج إلا أن هذا الأمر غير ذلك، فقد أكدت الأبحاث الحديثة في هذا المجال والتي نشرها سكينر (1974) skynner وفرام روس franrose (1978)، وهسيا (1984) Hsiaعلى أن العلاج يجب أن يُبنى على نموذج الأسرة، حيث يلعب الأب دوراً محورياً في العلاج. كما أكدت المعالجات النفسية الخاصة بالمخاوف المدرسية والمبنية على الديناميات النفسية للطفل أهمية العلاج القائم على المجتمع أو العلاج الخارجي (أي الداعم من الأهل والمدرسة والأقارب وطبيب الأسرة...الخ).

إن خبرات الانفصال المفاجئة التي يشملها العلاج في المشفى يبدو أنها تسير على عكس المبدأ العام الذي يدعو إلى التعقل والتفهم كطريقة لحل الصعوبات التي يعاني منها الطفل، ومع ذلك ففي ظروف معينة فإن القبول بالعلاج داخل المشفى ينصح به، ولكن غالبية المعالجين ذوي التوجه الد ينامي في العلاج يؤكدون العودة المبكرة للطفل إلى المدرسة مهمة جداً لنجاح السيطرة على مخاوف الطفل من المدرسة. لكن تومسون (1948) thompson يرى عكس ذلك، حيث يقول: إن أي شكل من أشكال الضغط على الطفل للعودة إلى المدرسة يمكن أن يكون خطيراً على الطفل، كما يصبح خوف الطفل نتيجة ذلك أكثر حدة، والعلاج عندئذ يصبح أكثر صعوبة. بينما ألح "تالبوت" (1957) Talbot على أن الاحتياطات النفسية للطفل، وأمه يجب أنتؤخذ بعين الاعتبار في توقيت عودة الطفل إلى المدرسة، و لكن الخطوة الأولى يجب أن تتضمن إزالة الضغط على الطفل بشأن الحضور إلى المدرسة، وذلك لكي يسمح ببدء العلاج.

أما "والد فوجل"، " كوليدج" و" هان" (1957) waldfogel ,coolidge and Hahn فقد رأوا بأن العودة السريعة إلى المدرسة من قبل الطفل سوف تؤدي إلى انسحاب الطفل والأسرة من العلاج تاركين تناقضات عاطفية وقضايا غير محلولة.

هذا، ويكرر (سيرلنغ) (1961) s perling وجهات النظر السابقة حيث يرى أنه إذا تم التخطيط للعلاج النفسي فمن الأفضل الكشف عن الديناميات المتضمنة في سلوك الخوف لدى الطفل، وعندما يتم ذلك، فإن الطفلسيعود إلى المدرسة طواعية، وأنه سيدعي لنفسه مسؤولية القيام بهذا الفعل، وأية طريقة أخرى ستعفي الطفل من هذه المسؤولية وتضعها بدلا" عن ذلك على عاتق الأبوين والمعلمين أو المعالج.

ويبدو من هذا العرض، أن العلاجات المبنية على ديناميات البنية النفسية للطفل الذي يعاني من الخوف المدرسي، إما أنها أهملت أو قللت من دور العوامل المدرسية في شرح أسباب الخوف المرضي من المدرسة وعلاجه، ولكن بعض العلماء أكدوا أهمية التنسيق بين العلاج القائم على الأسرة ومن يعمل في المدرسة كالمعلمين، وعلى سبيل المثال فقد قدم بورنستين (1949) تحليلاً مفصلاً لحالة الطفل" فرانكي " الذي يبلغ الخامسة والنصف من العمر، والذي كان تحت العلاج لمدة ثلاث سنوات، حيث ركز العلاج بشكل أساسي على الطفل، ولكن "بورنستين " أدرك الحاجة إلى تطوير العلاقة والحفاظ عليها بشكل مستمر مع والدي الطفل، وبذلك تم تفسير المادة اللاشعورية المعاكسة للحوادث الواقعية. وكذلك أكدت المقالة الكلاسيكية لـ جونسون، فالشين، تسورك، وسفندسون falstin ،johnson، szurek and svendsen أهمية علاج الطفل وأمه معاً. حيث نصحوا بأنه يجب أن يشترك معالجون نفسيون في علاج الطفل وأمه بشكل منفصل منقبل معالجين مختلفين، واعتبروا أن مساهمة الأب في مشكلة الطفل مساهمة غير مباشرة، وذلك لأنه يزيد من اضطراب الأم، كما أن العلاج الذي يتعلق بالأم يتم إجراؤه بفعالية أكثر وذلك بمساعدة الأم في توضيح وإعادة تركيب وتنظيم عواطفها تجاه زوجها

بدلا" من التعامل مع الأب بشكل مباشر. كما وصف "فان هوتن" fanhoten (1948) حالة (12) طفلا" تم تركيز العلاج على العلاقة المتناقضة بين الأم وطفلها الخائف من المدرسة، مع التركيز على علاقة الأم بزوجها او مجتمعها، وموقف الطفل من أبيه وأخوته، وموقفه من أقربائه ومشاعره حول الأعراض المرضية للخوف من المدرسة.

أما روبنسون، دونكسان، وجونسون (1955) فقد وصفوا حالة طفلة خائفة من المدرسة تبلغ من العمر (14) عاماً كانت تعاني من قلق الانفصال. حيث تمت إجراءات المعالجة عن طريق معالجة الطفلة والأم، لكن المعالجين أشاروا إلى وجود عصاب عند الأب والذي لعب دوراً هاماً في مشكلة الطفلة. بينما أكد دافيدسون أهمية العوامل المدرسية في وجود الخوف المرضي من المدرسة لدى الطفل، واعتبر تغير البرنامج المدرسي، وحتى تغيير المدرسة أو نقل الطفل إلى مدرسة أخرى مهماً في بعض الأحيان بشرط أن يكون ذلك من أجل علاج الطفل الخائف من المدرسة.

ثانياً: نظرية التحليل النفسي في العلاج:

إن أنصار العلاج بالتحليل النفسي (كينيدي Kinnedy وسبيرلنج Sperling وجافرس javris) يفترضون أن الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة يعانون من قلق الانفصال عن أمهاتهم، وخائفون أيضا" من مغادرة الوالدين المنزل والذهاب إلى مكان خارجه كالسوق. وفيالوقت ذاته يكون الوالدان وقائيين ومستائين من السماح للأطفال بتحقيق استقلاليتهم. إن ردود فعل الأم للتملك والسيطرة تنتج خوف وعداء عند الأم، وعداء وإثم وقلق لدى الطفل، وعندما يصل الطفل إلى سن المدرسة، فإن القلق ينتقل من الأم إلى المدرسة. ولتخفيف حدة هذا الانزعاج، يحاول الطفل تجنب المدرسة والبقاء في المنزل.

(83، 33 – 42)

هـذا، ويسـتخدم أصـحاب مـدرسـة التحليـل النفسـي فنيـات علاجيـة تتفقمـع الإطـار النظـري الـذي وضعـه (فرويـد) و (آنـا فرويـد) و (ميلانـي كلايـن) في عـلاج المشكلات التي يتعرض لها الأطفال، ومن ضمنها المخاوف بشكل عام، ويرى أصحاب هذه النظرية أن هناك تناقضاً بين مكونات الشخصية

(الهـو، الأنـا، الأنـا الأعلـى) لـدى الطفـل الـذي يعـاني الخـوف مـن المدرسـة، ونتيجـة لهـذا التنـاقض يقـوم الطفـل بعمليـة استبدال لاشـعوري لهـذه المخـاوف في مـثيرات طبيعيـة في البيئـة وخاصـة البيئـة المدرسية، كـأن يقـول الطفـل إن المـدرس يعـاملني معاملـة قاسـية. أو إن الواجبـات الـتي أخـذها في المدرسـة كـثيرة، أوإن الامتحانـات صـعبة. وهـذه العمليـة تعـدّ في نظـر الطفـل أداة لحمايتـه مـن الوقـوع في مواجهة تلك الرغبات اللاشعورية التي تثير في نفسه القلق والخوف.

ويقوم العلاج النفسي التحليلي بناء" على هذه الرؤية بتخليص الطفـل مـن النزعـات والرغبـات المكبوتـة في لاشعوره، وخصوصـاً تلـك المتناقضة أو المتعارضـة مـع رغبـات دوافـع الأسـرة والمجتمـع، بحيـث يجعـل المعـالج النفسـي يـدرك هـذه الرغبـات ويعمل على تحقيقها أو تجنبها بطريقة شعورية من خلال العلاقة الودية بين المعالج والطفل الذي يعاني الخوف مـن المدرسـة أو مـن أيـة مخـاوف أخـرى ؛ فالمعـالج في هـذه الحالة يقوم بتناول الرغبات والنزعات المكبوتة اللا شعورية عنـد الأطفـال والـتي أدت به إلى خوفه من المدرسة، وتحليلها بطريقة واقعية.

أما الأساليب العلاجية التي يستخدمها هذا اللون من العلاج فهي كالآتي:

1) فنية العلاج باللعب (Blay therapy):

اسـتخدم فرويـد هـذه الفنيـةفي تشـخيص حالـة الطفـل "هـانز" الـذي كـان يخـاف أن تعضـه الأحصـنة، ولكـن عـن طريـق والـد هـانز. وقـد نظـر فرويـد إلى هـذه الحالـة علـى أسـاس نظريتـه في النمـو النفسـي الجنسـي للفـرد الـتي تواجـه مصـاعب معينة في أعمار أو مراحل معينة. وقد كـان للعب هـانز التلقـائي يقـوم بـدور حصـانه

ويترك دمى الخيول تسقط، وكان ذلك السلوك من جانب الطفل يعدّ بديلا" عن التداعي الحر الطليق الذي يقوم به الكبار. وقد تابعت"آنا فرويد" وجهة نظر والدها في النمو الوجداني للطفل، ولكنها عدلت في طريقته الخاصة بالعلاج النفسي لكي تطبقها على الأطفال. ورأت أن علاج الأطفال يختلف اختلافا" جوهرياً عن علاج الكبار، كما أوضحت أن التحليل النفسي للأطفال ينبغي أن يكون تعليمياً.

(86،44)

وفي هذا الأسلوب يتاح للمعالج فرصة ملاحظة الطفل أثناءاللعب مما يمكنه من ضبط وتوجيه سلوكه نحو الهدف المنشود، وفي علاج الطفل الذي يخاف من المدرسة يعطي المعالج للطفل أدوات اللعب الموجودة في غرفة اللعب أو يلعب مع رفاقه لتمثيل بعض المواقف الاجتماعية.

وغالباً ما يقوم الطفل باختيار ألعابه التي يفضلها من بين تلك الألعاب الموجودة في غرفة اللعب تاركاً المعالج الحرية له في اللعب بها بالطريقة التي يراها مناسبة له دون خوف أو قلق. وهذا الأسلوب يجعل الطفل يمثل خبراته وصراعاته بطريقة درامية، مما يتيح له فرصة التعبير والتنفيس الانفعالي عن التوترات التي تنشأ عن الصراع والإحباط. فعندما يعطى الطفل أدوات اللعب فإنه يبدأ في التعبير عن مشكلاته التي قد يشجعه على تكرار الموقف الذي يمس مشكلاته الانفعالية، فيعبر الطفل عن انفعالاته ورغبته في عدم الذهاب إلى المدرسة، كما يستطيع أن يجد الحلول لصراعاته، وأن يصل إلى حل لمشكلته من خلال زوال القلق وخفض التوتر الذي يعاني منه الطفل، وبالتالي يقلل من أهمية الدفاعات التي يلجأ إليها الطفل في تبريره لعدم الذهاب إلى المدرسة. أما دور المعالج النفسي المتبني أسلوب العلاج باللعب فينحصر في تفسير دوافع ومشاعر الطفل بطريقة تتناسب مع عمره وحالته بعد أن يكون قد كوّن علاقة بينه وبين الطفل قائمة على الاحترام والثقة المتبادلة. كما يقوم المعالج بتنمية وتقوية عادات جديدة ومفيدة بالنسبة للطفل بدلاً من تلك العادات السابقة. والمعالج النفسي كذلك يحاول أن يوضح للطفل

مخاوفه تجاه الذهاب إلى المدرسة، والتي هي عبارة عن رمز لصراعاته اللاشعورية، حيث يقوم باستبصار الطفل بأصل مشكلته، وعندما يتم ذلك فإنالطفل يصبح قادراً بدرجة أكبر على العودة إلى المدرسة، ويتحقق ذلك في الوقت الذي يتعرف فيه الطفل على أسباب مشكلته. ومثال ذلك ما قام به عبد الرحمن سليمان (1988) من دراسة تحت عنوان: دراسة مقارنة بين أسلوبي اللعب غير الموجه والتحصين التدريجي في علاج المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، فقد تكونت عينة الدراسة من (60) تلميذاً وتلميذة من أطفال الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية، حيث قسمهم إلى ثلاث مجموعات:

1. **المجموعة التجريبية الأولى:**

وهي تلك المجموعة التي طبق عليها برنامج التحصين التدريجي.

2. **المجموعة التجريبية الثانية:**

وهي التي طبق عليها برنامج العلاج غير الموجه عن طريق اللعب.

3. **المجموعة الضابطة.**

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين مجموعتي الأطفال التجريبية الأولى والثانية لصالح أطفال المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة العلاج باللعب غير الموجه).

(1988 ،35)

أما الانتقادات الموجهة إلى هذه الفنية من العلاج فيمكن إجمالها في الآتي:

إن العلاج باللعب يصبح أقل فعالية وخصوصاً مع الأطفال كبار السن، لذلك ينبغي على المعالجين النفسيين اللجوء إلى فنيات علاجية مناسبة مثل: السيكودراما، كتابة القصة، إتمام القصة، أو النصيحة المباشرة. ومع ذلك فإن هذه الفنية من العلاج مناسبة أكثر من غيرها وخصوصاً عندما يستخدمها الأخصائي النفسي مع مجموعة من الأطفال يعانون من المشكلة نفسها تقريبا". وقد استخدمت هذه الفنية أيضاً"ميلاني كلاين"Melanie klein في علاج الأطفال، حيث اعتبرت أن التعليم المباشر (الموجه) لاخير فيه، لذلك استخدمت بدلاً منه اللعب التلقائي (غير الموجه) وكبديل للتداعي الحر الذي استخدمه فرويد، لقد افترضت (كلاين) أن ما يقوم به الطفل في اللعب الحر يرمز إلى الرغبات والمخاوف والصراعات غير الشعورية، وهو ما يتطلب من المعالج النفسي إقامة علاقة خاصة بالطفل حيث يمثل دور الشخص العادي، وتصبح مهمة المعالج النفسي بعد ذلكجعل الطفل مدركاً لهذه العلاقات الواقعية عن طريق قيامه بتفسير ألعاب الطفل.

(33 ،34)

وقد استخدمت كلاين الدمى المصغرة في اللعب الاسقاطي، وكانت الدمى تمثل في أغلب الأحيان أفراد الأسرة، ويمكن أن يلعب الطفل بالأجر"الصلصال" بطريقة تظهر أن وحدات الصلصال تمثل مجموعة من الناس ربما كانوا من أفراد أسرة الطفل أو الزملاء أو المدرسين في المدرسة؛ ففي هذه الحالة قد يوافق الطفل أو يرفض ما يقوله المعالج النفسي له، أوقد يستمر في اللعب. فإذا كانت الموافقة بقلق شديد حيال التفسير الذي يقدمه المعالج، فمن المحتمل يحتمل أن تتعارض هذه الموافقة مع تفسير المعالج عن موقف الإنكار من جانب الطفل.

(242 ،46)

ولو حاولنا تطبيق ماقلناه عن العلاج باللعب الموجه وغير الموجه في علاج الطفل الذي يعاني من الخوف من المدرسة، فإننا نجد مايلي:

1. تكوين علاقة طيبة بين الطفل والمعالج النفسي تقوم على: مساعدة الطفل على إظهار السلوكات والمواقف المؤلمة التي مر بها في حياته السابقة سواء في المدرسة أم في المنزل أم في البيئة الخارجية، وذلك بهدف اكتشافها والتعرف عليها.
2. الحديث عن جميع الخبرات التي تسبب للطفل قلقا" وتوترا" داخل أو خارج المدرسة، وتشجيعه على توجيه شعوره إيجابيا" نحو المعالج.
3. مساعدة الطفل على إدراك هذه الخبرات عن طريق الاستبصار والتعميق بالمثيرات والمواقف التي أدت إلى ظهور القلق، ثم نقلها إلى الحياة الواقعية، مما يساعد على تقليل حدة القلق والخوف من المدرسة.
4. الرجوع إلى المدرسة بأسرع وقت ممكن.

تقييم نظرية التحليل النفسي في العلاج:

وظيفة المعالج هنا هي تنمية الأنا عند الطفل، وجعله أكثر واقعية في الحياة وأكثر اعتماداً على نفسه، وتقليل تعلقه بأمه.

فاعليته:

يلاحظ من استقراء الدراسات الكثيرة التي أجريت في هذا المجال، من خلال استخدام فنيات التحليل النفسي مثل: دراسات "فيني و"كولج" (1973) Feeny and Colidge نجاعة هذا اللون من العلاج في خفض حدة الخوف والقلق تجاه المدرسة لدى مثل هؤلاء الأطفال، وبالتالي عودتهم إلى المدرسة والاستمرار فيها دون ظهور أية أعراض مصاحبة لذلك الخوف. فقد أظهرت الدراسة التي قام بها فيني وكولج (1964) بهدف التعرف على فاعلية العلاج التحليلي في خفض حدة الخوف من المدرسة وذلك من خلال الأبحاث التي أجريت منذ عام (1953-1958) في مركز جوج بيكر ccentre: judge Baker guidance لفترة متابعة استمرت

من (5 – 10) سنوات لـ (49) طفلا" من أصل (66) طفلاً تم تشخيصهم على أنهم يعانون الخوف المرضي من المدرسة، وأن (47) من أصل (49) من عدد الحالات التي تم علاجها والتي كانت تعاني من الخوف المرضي من المدرسة زالت عنها أعراض الخوف من المدرسة، واستمرت في الحضور إلى المدرسة بشكل دائم.

الانتقادات: وأهمها مايلي:

- في واقع الأمر أن استخدام العلاج النفسي القائم على النظرية التحليلية في علاج الخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال يبدو أكثر تعقيدا" بالمقارنة مع الكبار، كما أنه يحتاج إلى خبرة كبيرة في هذا المجال.
- إن هذا اللون من العلاج يستغرق وقتاً طويلاً قد يصل إلى عدد من الشهور أو حتى لسنوات طويلة، حيث يعمل المعالج المتبني هذا العلاج إلى فهم الصراعات النفسية الدائرة في لا شعور الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة واكتشافها، ومعرفة العوامل النفسية الشعورية واللاشعورية الكامنة وراء هذا السلوك وبالتالي العمل على حلها من خلال استبصار الطفل بأصل المشكلة التي يعاني منها. إلا أن المسألة في ذلك تتعلق بدرجة الوعي الذاتي والمحاكمة المنطقية في الحكم على الأشياء لدى هذا الطفل الصغير السن في الغالب. وبناء" على ذلك فليس كل الأطفال قادرين على الوصول إلى هذا الفهم وذلك الاكتشاف بصورة منطقية. بالإضافة إلى أن الطفل الذي يعاني هذا الخوف من المدرسة هو في الغالب طفل صغير السن نسبياً (6 – 12 سنة)، وقد يدلي بتقرير ذاتي حول مشكلته كأن يقول: "إن سبب مشكلتي في عدم قدرتي على الذهاب إلى المدرسة تتعلق بمشكلات داخل الأسرة، أو مشكلات تحصل لي داخل أسوار المدرسة.. أو علاقاتي المضطربة مع زملائي... "الخ

إلا أن هذه التقارير التي يدلي بها الطفل قد تكون في كثير من الأحيان سطحية وتتسم بالذاتية ولا تمت بصلة إلى الأسباب الحقيقية للمشكلة، وبناء" على ذلك لايمكن الوثوق بها.

يبقى العلاج النفسي التحليلي مثار تساؤل واستفهام دائم من قبل الباحثين حول فاعليته في علاج المشكلات النفسية التي يعاني منها الأطفال وخاصة الخوف المرضي من المدرسة. فقد أشار كثير من الباحثين أمثال "كيلي kelly" و"سميث"Smith" و"بلاج (1987) Blagg" أن هذا الأسلوب من العلاج غير فعال وغير عملي في علاج ظاهرة الخوف المرضي من المدرسة بالمقارنة مع الأساليب العلاجية الأخرى كالسلوكية على سبيل المثال.

ثانياً: العلاج السلوكي Behavioural Psychotherapy:

يرى أصحاب التوجه السلوكي في العلاج أن علاج الخوف المرضي من المدرسة يتركز على الأعراض المصاحبة لهذا الخوف، والذي يعدّ تعبيراً عن قلق الطفل، ولايرون أي مبرر لعلاج هذا الاضطراب عند مثل هؤلاء الأطفال من خلال البحث أو استقصاء الأسباب العميقة أو الكامنة في المجال اللا شعوريللطفل مثل " مدرسة التحليل النفسي ". كما يرى أصحاب هذا الاتجاه في المعالجة أن الخوف المرضي من المدرسة ماهو ألا أسلوب متعلم تم عن طريق تعزيز سلوك التجنب لدى الطفل. ويرتكز الأساس في هذا العلاج على تعريض الطفل الخائف من المدرسة للمواقف أو الموقف الذي يخاف وينزعج الطفل منه، حتى يألفه ويزول خوفه منه. ويسمى هذا الأسلوب "بالمعالجة المباشرة"Directive Managemen والذييتعامل مع الأعراض مباشرة، ومواجهة السلوك الظاهر على أنه شكل من أشكال القلق الذي يعاني منه الطفل في البيئة المدرسية.

وفي بعض نماذج التعريض يكون التقرب نحو موضوعالخوف بطيئاً جداً وتدريجياً، ويسمى هذا التقرب "بإزالة التحسس"أو " خفض الحساسية المنظم Systematic Desemsitizatiom نحو الشيءالمخيف. وهناك أنواع أخرى من التعريض يتم من خلالها إقناع المريض لاحتواء مخاوفه بسرعة. وتسمى هذه الطريقة بتعويم الخوف وإغراقه Flooding أوتسمى بالعلاج بالاستثارة الداخلية للقلق أو "العلاج التفجيري Iimplasive Therapy".

لذلك سوف نتحدث عن هذه **الفنيات العلاجية السلوكية** بشيء من التفصيل، من أجل إعطاء فكرة واضحة للآباء والمربين يستطيعون التعامل مع هذه المشكلات عندما تظهر لدى أطفالهم. **وأهم هذه الفنيات مايلي:**

1) التحصين التدريجي Systematic Desemsitization:

استخدم "ولبي" هذا الأسلوب في علاج القلق والخوف لدى الأفراد الذين يعانون منه، ويتضمن هذا الأسلوب التعامل المباشر مع أعراض الخوف من خلال العمل على خفض حدتهما بشكل تدريجي. وثمة افتراض أساسي من وجهة نظر ولبي يكمن وراء هذا الإجراء مؤداه: إن الاستجابة للموقف الذي يتم تخيله تشبه الاستجابة للموقف الواقعي، و لتحقيق ذلك ابتدع ولبي فنية إحلال استجابة الاسترخاء محل استجابة القلق، وذلك من خلال المزاوجة بين الاسترخاء العضلي ومدرج القلق Anxiety Hierachy الذي يتضمن مشاهد وموضوعات معينة تحدث استجابات القلق غير المناسبة لدى الشخص المريض، ومدرج القلق كما يحدده "ولبي "هو قائمة للمواقف التي يستجيب لها المريض بكميات متدرجة من القلق ؛ فالموقف الأكثر إزعاجاً يوضع في رأس القائمة، بينما الموقف الأقل إزعاجاً يوضع في نهايتها. ويلخص ولبي نظريته على النحو التالي: إذا كان ائتلاف مثير يتكون من خمسة عناصر متكافئة التأثير هي (أ1 – أ2 – أ3 – أ4 – أ5) ومثير (50) وحدة من استجابة القلق لدى المريض، فإننا سوف نجد بشكل تناسبي أن قلقاً أقل سوف يتم ابتعاثه بائتلاف يتكون من عناصر أقل، فالاسترخاء الذي لا يكون كافياً للتغلب على الخمسين وحدة من القلق التي تتبعها (أ1 – أ2 – أ3 – أ4) يمكن أن يكون قادراً تماماً على كف الوحدات العشرة التي يبتعثها (أ1) بمفرده. فإذا ماتم بشكل متكرر. كف القلق الذي تبتعثه (أ1) وذلك بمناقضته للاسترخاء، فإن شدته سوف تهبط في نهاية الأمر إلى الصفر. ونتيجة لذلك فإن تقديم (أ1 – أ2) سوف يبتعث الآن إلى (10) وحدات من القلق بدلاً من (20) وحدة، و (أ2) هذه سوف تتعرض بدورها للكف التشريطي عندما تتم معاكستها للاسترخاء، وبالمضي في هذا الطريق، فإن الائتلاف كله (أ1 – أ2) سوف يفقد قدرته على توليد قلق.

(117 – 16)

هذا، ويمكن أن تلخص المراحل التي يقطعها هذا الأسلوب بما يلي:

أولاً: يقيم المعالج ترتيباً متدرجاً للمواقف المخيفة التي يعاني منها الطفل في المدرسة بدءاً من المواقف الأشد توليداً للخوف، نزولاً بالتدريج عبر المواقف الأقل فالأقل توليداً للخوف أو القلق. ويطلب المعالج من المريض، وهو في حالة استرخاء أن يتخيل أولاً: المثيرات ذات التأثير الضعيف ويكررها المريض في خياله وذلك بالاستعانة بتوجيهات المعالج النفسي حتى يفقد القدرة على استثارة القلق والخوف وأن ترتبط باستجابات الاسترخاء والهدوء النفسي. وعندما يصل إلى هذه الدرجة يمكنك الانتقال إلى المثيرات التي تليها... وهكذا حتى ينهي المريض المثيرات أو المواقف جميعها دون قلق أو خوف.

ثانياً: تدريب المريض أثناء مواجهته أي موقف من المواقف المثيرة للقلق على الاسترخاء لهدف تقليل الحساسية نحو المثير المقلق.

ثالثاً: الربط المتكرر بين عملية الاسترخاء واستدعاء المثيرات التي تؤدي إلى القلق حتى يتم التخلص تدريجياً من القلق، ويرى"ولبي" أنتخيل المثيرات الباعثة على القلق أو الخوف لا يقل أهمية عن مواجهتها بشكل مباشر فتقليل الحساسية يبدأ في المعالجة بالتخيل. وفي نهاية العلاج يطلب من المتعالج مواجهة المثيرات والأحداث بالواقع، وهذا ما يسمى "بالمواجهة العلاجية المباشرة أو بالمشاركة الفاعلة" Active participatian وفي هذه الحالة ينتقل المريض إلى الموقف التالي من هرم القلق بعد مروره بالموقف السابق بنجاح.

وقد وصف تشابل (1967) كيف أن خفض الحساسية المنظم (في الخيال) تم تطبيقه أيضاً على حالة كان قلق الانفصال هو السمة الرئيسة فيها، وتم إنجازالتدريبات للاسترخاء في كل مرحلة من بناء المدرج الهرمي للقلق من خلال التنويم المغناطيسي، حيث تم علاجه بالمشفى عن طريق جلسات التنويم المغناطيسي لمدة (30) دقيقة يوميا"، وبعد أسبوع أصبح الطفل أكثر ارتياحاً للعلاج داخل

المشفى، فقد تم البدء بعلاج مخاوف الانفصاللدى الطفل عن طريق تعريضه لشكل متدرج لمثيرات مقلقة بالبعد عن المنزل والسفر إلى المدرسة، ووصوله إلى المنزل ليجد والديه غير موجودين في المنزل استمرت جلسات العلاج (18) جلسة، تتراوح مدة كل منها من (20 – 30) دقيقة خلال فترة (6) أسابيع، حيث َمّكنت الطفل من العودة إلى المدرسة على الرغم من أن فترة العلاج الخارجي استمرت حتى نهاية السنة الدراسية، ولقد تكررت أعراض الخوف المرضي من المدرسة عند الطفل، وذلك بسبب تغيير الصف في بداية العام الجديد. وبعد ذلك داوم الطفل في المدرسة بسهولة بعد (15) جلسة أخرى للتغلب على المشكلة. وتشير هذه الدراسة إلى ضرورة توخي الحذر بعد فترة العطلة وخاصة إذا تم تغيير الصف، وهذا الأسلوب الذي استخدمه تشابل ليس واضح المعالم، رغم أن الدراسة ركزت على جوانب خفض الحساسية، فمن المحتمل أن الإفاضة لعبت دورا" هاما"، وذلك عندما أجبر الطفل على البقاء في المدرسة خلال اليوم.

وهناك دراسة أكثر حداثة قام بها "كروجان" (Croghan (1981على طفل يبلغ من العمر (17) سنة، كان يعاني من الخوف المرضي من المدرسة لمدة خمس سنوات باستخدام أسلوب خفض الحساسية المنظم (في الخيال)، فقد تم معالجة المراهق في البداية عن طريق خفض الحساسية تجاه القلق الشائع، وقضايا أخرى مثل التحضير والاستعداد للذهاب إلى المدرسة في كل صباح. وبعد ذلك اكتشف كروجان بأن الطفل مازال يضمر ذكريات مؤلمة بشأن تقصيره في مساعدة طفلين قبل خمس سنوات. وكان المراهق يرفض أن يحارب هذه المشاعر المؤلمة. وفي ضوء هذا تم خفض حساسية الطفل تجاه هذا الحادث من خلال جلسات علاجية مؤلفة من (12) جلسة، وجنباً إلى جنب مع جلسات خفض الحساسية تمت مساعدة الطفل على إعادة بناء الحادثة والنظر إلى الاستجابة التي قام بها كنوع من الاستجابة العقلانية والذكية، وقد استفاد هذا المراهق من البرنامج العلاجي وذلك بعد سنة كاملة من المتابعة.

ويلاحظ من هذه الدراسة أنكروجان طرح نقطة تشخيصية هامة فيما يتعلق بالخوف المرضي من المدرسة وهي: أنه يجب دائماً البحث عن الحوادث التي تقود إلى حدوث الخوف لدى الطفل حتى ولو مضى وقت طويل على هذه الحوادث. وفي دراسة لاحقة تحدث ميلر (1972) Miller أيضاً عن الاستخدام المشترك لخفض الحساسية المنظم في الواقع وفي الخيال وذلك من خلال معالجة طفل يبلغ من العمر العاشرة لديه مشكلات عديدة تتضمن قلق الانفصال والخوف من الموت والخوف المرضي من المدرسة ومشكلات تتعلق بالنوم إضافة لوجود سلس بولي لديه. ولقد تمت معالجة هذا الطفل عن طريق هرميات متعددة صممت للتعامل مع أعراض مرضية متنوعة مثل التدريب على الاسترخاء العضلي الذي تم تعزيزه عن طريق تدعيم الاستجابات الملائمة وذلك باستعمال الحلوى والمديح الكلامي. كما تم استخدام الصور المتخيلة لخفض حساسية الطفل تجاه خبرات الانفصالوتهيئته للعودة إلى المدرسة، واستخدام التشجيع لمعالجة مشكلات النوم الناجمة عن مخاوف الموت وذلك من خلال الاتصال هاتفياً بالمعالج عند الضرورة، وبذلك يحدث الاسترخاء العضلي نتيجة للمكالمة الهاتفية. وكذلك استخدم أسلوب خفض الحساسية المنظم وفي الواقع من أجل عودة الطفل إلى المدرسة والاستمرار فيها لمدة يوم كامل. وأظهرت نتائج المتابعة لهذه الحالة بعد فترة من العلاج أن الطفل ما يزال يداوم على الحضور إلى المدرسة بانتظام، إضافة إلى ثبات تحسنه في الدرجات التي كان يحصل عليها في المدرسة، وزوال السلس البولي تدريجياً، ولم تظهر لدى الطفل أي مشكلات بعد ذلك.

هذا، وقد رسم "بيرت وهاري" (1978) Harvey&Bert خمس خطوات ضرورية لتطبيق فنية خفض الحساسية المنظم للطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة، وهذه الخطوات هي:

1. تعليم الطفل وتدريبه على فنية الاسترخاء العضلي.
2. إزالة كل مصادر التعزيز والدعم الثانوي من قبل الوالدين.

3. البدء في برنامج مع الطفل لإزالة الخوف والحساسية الزائدة من المواقف المدرسية غير المرغوب بها. —
4. تعزيز الطفل والوالدين عندما يمضي الطفل أوقات متزايدة في المدرسة
5. معالجة الطفل على أساس يوحي بفترة لا تزيد عن ستة أسابيع.

(27 – 19 ،58)

ويرى هاري وبيرت أن هذا اللون من العلاج يعتبر فعالاً في معالجة هذا الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال بشرط أن يتم بالتعاون بين المعالجالنفسيالمتمرس والوالدين.

وذكر لازاروس (Lazarus 1960) حالة طفلة تبلغ من العمر تسع سنوات ونصف تعاني الخوف المرضي من المدرسة، بالإضافة إلى مجموعة أعراض مصاحبة لهذا الخوف وهي: ألام في المعدة، كوابيس ليلية، تبول لا إرادي. وقد تولد لديها الخوف من المدرسة فجأة بعد أن كانت متكيفة بصورة جيدة مع الجو المدرسي، والمواظبة على الذهاب إلى المدرسة باستمرار، وذلك من خلال مرورها بخبرات مؤلمة عديدة: مشاهدة زميل لها يغرق في الماء، موت زميل آخر في حادث سيارة، أورؤية حادث سيارة وموت سائقها على إثر ذلك. وقد شخَص المعالج مشكلة الطفلة على أنها خوف من فقدان أمها. وبناءً على هذا التشخيص تم وضع مدرج هرمي لقلق انفصال الطفلة مكون من سبع نقاط، وتم تدريب الطفلة على تخيل كل نقطة من النقاط السبع وهي في حالة استرخاء. وأظهرت النتائج أن الطفلة بعد عشرة أيام من التدريب على فنية التحصين التدريجي لإزالة خبرات قلق الانفصاللديها، بدت عليها ملامح التحسن، وأصبحت مواظبة في الذهاب إلى المدرسة بشكل منتظم، وزالت الأعراض المصاحبة لهذا الخوف مثل: التبول الليلي، والأحلام والكوابيس المزعجة. والام المعدة. وبعد خمسة عشر شهراً من متابعة الحالة تبين ثبات في تحسن الطفلة واستمرارها في الذهاب إلى المدرسة.

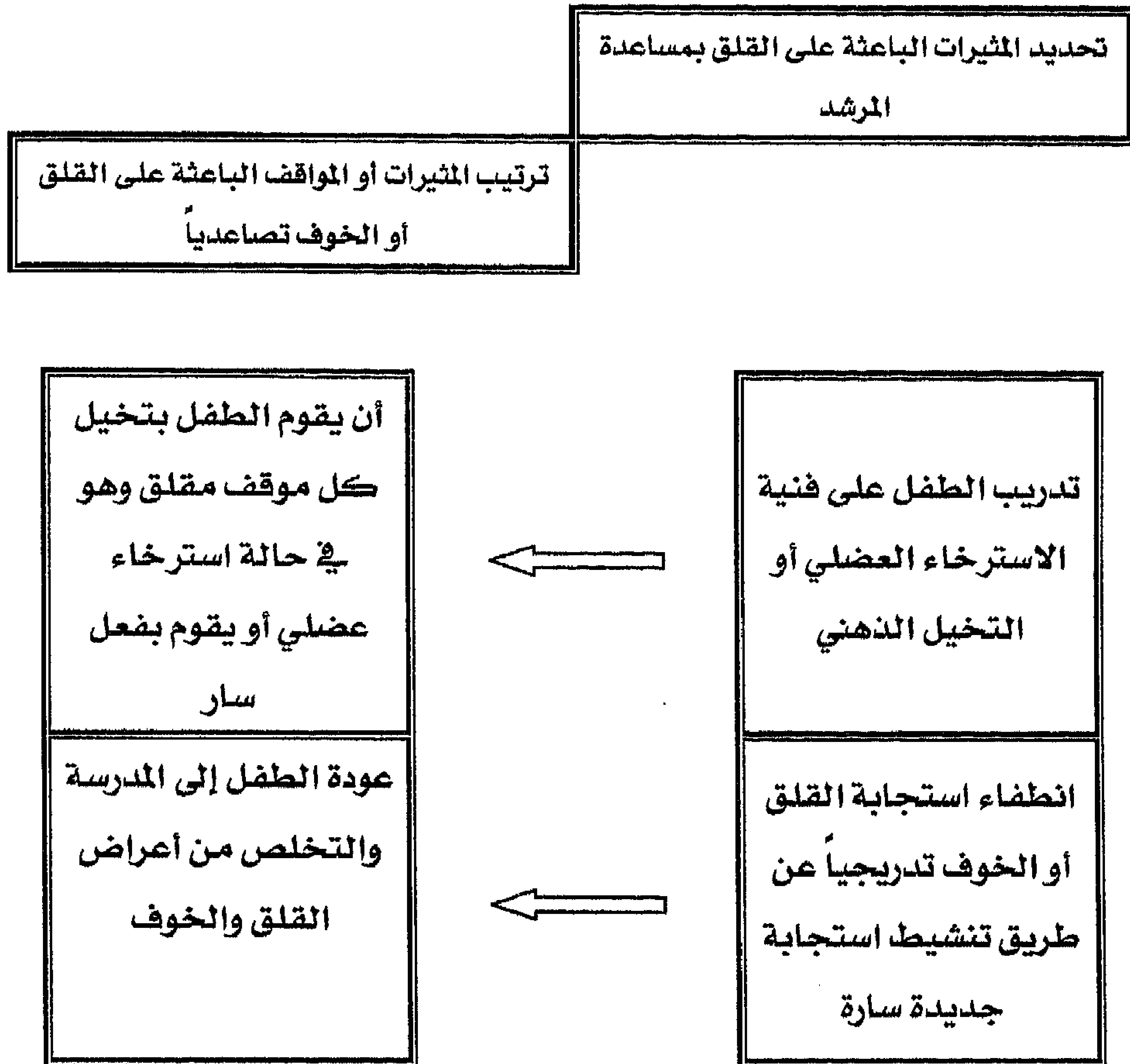
(62 ،30)

ورغم أن هذا اللون من العلاج كان فعالاً في معالجة الطفلة إلا لازاروس لم يذكر شكل حضور الطفلة إلى المدرسة، مستوى التحصيل الدراسي، والتوافق النفسي الاجتماعي في البيئة المدرسية، كما أنه لم يذكر في التقرير دور العاملين في المدرسة (المعلمين) في عملية العلاج النفسي لهذه الطفلة. كذلك استخدام كل من جاري وهيغرنيز (1966) Garvey Hegrens فنية التحصين التدريجي المنظم في علاج حالة طفل يدعى جيمي Jimmy يبلغ من العمر عشرة سنوات يعاني الخوف المرضي من المدرسة، وقد فشل في السابق في الاستجابة للعلاج النفسي التقليدي Tradiational Psychotherapy لمدة ستة شهور. كان هذا الطفل حساساً مع درجة عالية من الطموح Aspiration وقدظهر لديهالخوف من المدرسة مع أعراض مصاحبة له تتعلق بتجنب الزملاء والأقران. وقد سار العلاج في مرحلتين: أولهما. بناء مدرج هرمي للقلق الذي يعاني منه الطفل في المدرسة، مكون من اثنتي عشرة خطوة، ثانيهما: إزالة حساسية الطفل في وجود المعالج. وقد أستغرق هذا ما بين (10 إلى 20) جلسة بواقع (0 3) دقيقة تقريباً كل جلسة. وبعد أن مّر الطفل بتسع عشرة جلسة أصبح بمقدوره دخول المدرسة والبقاء في الصف الدراسي مع المدرس واثنين آخرين من الأطفال قبل البداية الرسمية للدوام المدرسي..

ويمكن القول هنا: إن المعالج قد حل محل الأب، وبسرعة أصبح الطفل قادراً على البقاء في غرفة الصف في وجود جميع أقرانه وزملائه. ويذكر الباحثان جاري وهيجرنيز أن العلاقة العلاجية والإطراء اللفظي من المعالج كانا بمثابة وسيلتين كافيتين لكف استجابة القلق لدى الطفل ولم تظهر خلال سنتين من المتابعة أية أعراض مرضية مرتبطة بالخوف من المدرسة. ورغم أن الباحثين صورا علاج هذا الصبي على أنه مثال للتحصين التدريجي المنظم في الواقع Systematic Desensitisation in vivo إلاأن هناك عناصر قد تتناقض مع مثل هذا التصور ؛ فالطفل لم يتلق تدريباً على الاسترخاء رغم أنه كان بمقدوره أن يعود بسيارة المدرسة (كمكان آمن) فور مروره بخبرة القلق.

(149 ،76)

ويمكن أن نضع ملخص تخطيطي للخطوات التي يمر بها أسلوب التحصين التدريجي مع الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة بما يلي:



المرحلة الأولى: تحديد المثيرات الباعثة على القلق:

عند بناء مدرج هرمي للقلق لدى الطفل الذي يعاني الخوف من المدرسة، قد تكون المواقف المخيفة أو المقلقة لدى هذا الطفل هي:

1. ملاحظات جارحة من المعلم.
2. ملاحظات جارحة من الزملاء في الصف.
3. التحدث مع الجماعة.

4. الخوف من الزحام في المدرسة.
5. الخوف من حدوث مكروه في المدرسة.
6. الخوف من دخول الصف.
7. الخوف من الامتحانات.
8. الخوف من فقدان الأم عندما يكون في المدرسة.

المرحلة الثانية: وهي أن يقوم الطفل مع المرشد بترتيب المثيرات أو المواقف الباعثة على القلق أو الخوف لدى الطفل:

بحيث يبدأ بالمواقف الأقل خوفاً وقلقاً وينتهي بالمثيرات المخيفة أو المقلقة.

المرحلة الثالثة: تدريب الطفل على فنية الاسترخاء العضلي:

وينبغي علينا في هذا المجال أن نؤكد نقطة مهمة وهي على أن القائم بعملية العلاج والمتبني فنية التحصين التدريجي المنظم، أن يأخذ باعتباره مجموعة من النقاط عند تطبيق هذه الفنية مع الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات انفعالية مختلفة مثل القلق والخوف، وهذه النقاط هي:

- أن يكون المتعالج (طفلاً، شاباً، راشداً) قد تدرب جيداً على فنية الاسترخاء العضلي.
- أن يكون المتعالج قد تم تحديد جميع المثيرات الباعثة على القلق لديه من ذلك الموقف سواء أكان في المدرسة أم في المنزل.
- أن يقوم المتعالج بمساعدة المعالج بترتيب تسلسل المثيرات المخيفة أو المقلقة عنده بدءاً من المثيرات الأقل إثارة للقلق أو الخوف إلى المثيرات الأكثر إثارة
- أن يقوم المتعالج في البداية بالمثيرات الأقل إثارة للقلق كما تم تحديدها لديه في هرم القلق، وأن يقوم بتخيل الموقف الباعث على القلق وهو في حالة استرخاء تام. وعندما يطمئن المتعالج والمعالج بأنهما استطاعا تجاوز هذا الموقف دون أي قلقيتم الانتقال إلى الخطوة التالية وهكذا ... ولكن يجب أخذ الحذر بعدم

الانتقال إلى الخطوة التالية إلابعد إنجاز الخطوة نفسها والتي بصدد التدرب عليها.

- ينبغي على المعالج أن يقوم بتعزيز المتعالج عندما ينتقل إلى الموقف الآخر بنجاح، وهذا يدل على أن المتعالج قد استطاع بمساعدة المعالج محو حالة الخوف أو القلق من الموقف أو المثير الذي استثار القلق.
- ينبغي متابعة حالة المتعالج بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي أو العلاجي المخصص له بهدف التحقق من أن هذا البرنامج كان له أثر طيب.

تقييم فنية التحصين التدريجي:

ما يؤخذ على هذه الفنية السلوكية في العلاج أنها أغفلت قاعدة هامة من قواعد الطريقة التجريبية، وهي قاعدة ضبط المتغيرات بحيث يمكن بمقتضاها التمييز بين المتغيرات المستقلة (التجريبية) والمتغيرات التابعة، وبين المتغيرات التي يتم تثبيتها والمتغيرات الوسيطة فهي لم تلتزم بهذه القاعدة. وهذه الفنية تمثل ائتلافاً من الاسترخاء ومن المدرج الهرمي للقلق أو الخوف - كمتغير مستقل - والتي ترجع التحسن الذي سيطرأ على المتعالج - كمتغير تابع - إلى هذا المتغير المستقل فقط. وبالرجوع إلى وقائع الجلسات العلاجية القائمة على هذه الفنية يلاحظ استخدام فنيات أخرى مساعدة لهذه الفنية مثل التنويم المغناطيسي، أو الإيحاء، وفنية المقابلات الشخصية وما ينجم عن ذلك بالضرورة، من قيام علاقات طرحية بين المعالج والمتعالج.

وهكذا يتضح لنا أنه من المستحيل أن ننسب المكاسب العلاجية التي يمكن أن تتحقق بإستخدام هذه الفنية للفنية وحدها دون غيرها.

- يمكن استخدام هذه الفنية العلاجية فقط عند التصدي للمشكلات الانفعالية المتوسطة فيالشدة، أما إذا كانت المشكلات الانفعالية على درجة كبيرة من الشدة، فإن الباحثين يوصون باستخدام إجراءات تعديل السلوك الإجرائي

وليس الإشراط الكلاسيكي التقليدي والتي منها فنية التحصين التدريجي المنظم.

- والنقطة الأخيرة المتعلقة بنقد هذا الأسلوب العلاجي هي آلية العمل، حيث أن هذه الآلية في نظر "ولبي" هي التشريط المضاد أو الكف بالنقيض يمكن أن تكون الآلية الوحيدة (استبدال استجابة القلق باستجابة الاسترخاء) غير أن هذه الفنية تقوم على آليات عدة وليس على آلية أو ميكانيزم واحد أهمها:

1. طريقة الاسترخاء.
2. تأثير التعود على الرؤية المتكررة لنفس مثيرات الخوف.
3. تأثير التشريط المضاد وذلك بالتزامن بين الاسترخاء وبين تقديم مثيرات الخوف، الإيحاء.
4. وتوقع التحسن والمتغيرات المعرفية الأخرى.

(16، 132)

الانتقادات:

إضافةإلى ذلك، فإن هناك بعض الانتقادات الموجهة إلى طريقة الخفض المنظم للحساسية التي تستخدم المشاهد المتخيلة نذكر منها:

1. إن هذه الطريقة أو الأسلوب العلاجي يقلّل بشكل واضح دور الأبوين والمدرسة في علاج الخوف المرضي من المدرسة عند الطفل، وتضع مسؤولية النجاح في أيدي المعالج فقط.
2. عملية العلاج بهذا الأسلوب قد تكون طويلة.
3. بالإضافة إلى ذلك، فإن خفض الحساسية (في الخيال) لا يمكن استخدامه لأن بعض الأطفال قد يكون لديهم ضعف في التصور الخيالي كما يقول "لازاروس" (1960)، لذلك يجب أنتستخدم مواقف من الحياة الواقعية بدلاً عنه في هذه الحالة.

4. انه من الصعب إيجاد أي سلوك يكون مثبطاً للقلق وفي نفس الوقت سهل السيطرة على هذا السلوك من قبل الطفل عندما يطلب المعالج منه ذلك.
5. بعض الأطفال لا يبدو أنهم يعانون من القلق كاستجابة لمثير متخيل، بينما أطفال آخرون لا يتعلمون بسهولة تقنيات الاسترخاء.

الإيجابيات:

أظهرت الدراسات العديدة التي استخدمت هذا الأسلوب في علاج الخوف المرضي من المدرسة فاعليته في علاج هذا الاضطراب مثل: دراسة لازاروس (1960) ودراسة باترسون (1965) ودراسة تشامبل (1967) ودراسة ميلر (1972) ودراسة كروجان (1981) ودراسة سيد سليمان (1988).

وقد علّل ولبي الأهمية الكبرى التي يحظى بها هذا الأسلوب من العلاج بالقول: "إن هذه الطريقة هي أعظم ما تكون بشكل دقيق مسايرة للطريقة التجريبية"، كما أثبت هذا الأسلوب فاعليته في التصدي للكثير من المشكلات الانفعالية مثل: الخوف من المدرسة أو قلق الامتحان أومشكلات النوم، الاضطرابات الجنسية أو الإدمان على المخدرات...

2) العلاج بالإضافة او التفجر الداخلي:

يعدّ هذا الشكل من العلاج تقنية من تقنيات العلاج السلوكي التقليدي، والذي يعتبر أسلوباً فعالاً في معالجة المخاوف المرضية من المدرسة. وهذه التقنية تم بناؤها على أسس الاشتراط الكلاسيكي classical condiation كما أنها نالت شعبية واسعة لدى المشتغلين في مجال الاضطرابات الانفعالية كالقلق والخوف. ويقوم هذا النوع من العلاج على تقديم بعض المناظر المتخيلة للطفل الذي يعاني الخوف أو القلق بصورة متدرجة بدءاً من المثيرات ذات التأثير الكبير والتي تؤدي إلى استثارة ردود فعل القلق القوية لدى الطفل، بمعنى آخر مواجهة الطفل مواجهة مباشرة وفورية بالموقف المخيف لدرجةعالية من الشدة دون مقدمات، ويترك حتى

تبدأ درجة القلق أو الخوف نحو هذه المواقف المثيرة بالتناقص تدريجياً. والهدف من هذه التقنية هوتعريض الطفل أو الفرد لقدر كبير من القلق أو الخوف، في الوقت الذي يخلو فيه الموقف من أي خطر موضوعي، فضلاً عن استجابات القلق التي لا تجد تعزيزاً، يمكن أنتؤدي إلى انطفائها تدريجياً. ويرى أصحاب هذا التوجه في العلاج أن استجابات القلق غير السوية التي يعاني منها الطفل ما هي إنتاج للإشراط الكلاسيكي الصدمي، والذي أدى إلى هذه الصدمة الانفعالية، فإن تقديم المثير الشرطي المكثف في ظل غياب المثير الطبيعي يؤدي إلى إطفاء هذا الدور للمثير الشرطي في إثارة القلق أو الخوف. فالطفل الذي يخاف من المدرسة على سبيل المثال يطلب منه المعالج الذي يتبع هذا الأسلوب أن يتخيل نفسه في أشد المواقف المقلقة له وهي على سبيل المثال: موقف الذهاب إلى المدرسة، الجلوس في غرفة الصف، الوقوف أمام التلاميذ للإجابة على سؤال طرحه المعلم، وعند ذلك يبدأ الطفل بتخيل الموقف الذي يثير الخوف والقلق لديه بشكل متكرر ودون أن يرتبط ذلك بحضور الطفل فعلياً لهذا الموقف، ومع استمرار جلسات العلاج هذه فإنه سوف تنطفئ استجابة الطفل من المثيرات المسببة للقلق لديه. وقد استخدم سميث وشارب Smith and sharpe (1970) هذا الأسلوب في علاج طفل يدعى" بيلي"billy كان يعاني الخوف من المدرسة لمدة سبعة أسابيع قبل أن يبدأ بالعلاج، فقد كان تفكير بيلي في الذهاب إلى المدرسة متعباً، مرتعشاً، باكياً، إذ كان يشتكي من متاعب في صدره وليس لديه شهية للطعام. وقبل انتقال بيلي إلى المدرسة الجديدة كان أداؤه الأكاديمي جيداً إلا أنه بدأ ينخفض فيما بعد بشكل واضح، وذلك بعد أن انتقل إلى المدرسة أخرى، وهذا الأمر دفع أسرته لتقصي أسباب هذه المشكلة عند بيلي والسعي إلى حلها. كان بيلي بعد خمس أو ست جلسات علاجية باستخدام فنية الإفاضة مواظباًعلى الحضور إلى المدرسة بشكل منظم. وانتهى العلاج عند حدود الجلسات الست، وبعد (13) أسبوعاً من انتهاء جلسات العلاج بالإفاضةصرح بيلي أنه كان يحضر إلى المدرسة بانتظام دون قلق، وأكد ووالداه ومدرسوه بأنه كان سعيداً، وتحسنت علاقاته مع اقرانه بشكل ملحوظ.

(102،46)

وتوضح هذه الحالة أنه ليس العلاج بالإفاضة وحده يساعد الطفل نفسه على التخلص من الخوف من المدرسة، ولكنه يؤكد على دورالوالدين في تمهيد الطريق لتغيير السلوك عند الطفل.

ويمكن أن تلخص هذا الأسلوب العلاجي بما يلي:

يطلب من الطفل في بداية الأمر أن يسجل في قائمة المواقف التي تثير الخوف لديه بصورة متدرجة بدءاً من أشدها وانتهاءً بأقلها شدة، ومن ثم الاسترخاء، وتصور نفسه وهو يقترب من الموقف المخيف تقرباً بطيئاً لمدة ثوان شريطة البقاء في وضعية الاسترخاء وعدم الإثارة، ومن ثم جعل الطفل يتخيل مناظر ومواقف سارة حتى يعود إلى هدوئه، وبعدها ينتقل إلى مواقف مخيفة أكثر شدة يكرر السلوك التقريبي الذي مارسه في المواقف السابقة.

3) التصور الانفعالي Emotive Imagery:

استخدم المعالجين السلوكيين فنية أخرى للتصدي للمشكلات الانفعالية التي يعاني منها المتعالجون (المرضى) الاوهي فنية التصور الانفعالي Emotive imagery وهي عبارة عن أسلوب تبادلي فعال يستخدم مع فنية التحصين التدريجي المنظم بمساعدة تدريبات الاسترخاء، والهدف من هذه الفنية هي: مساعدة المتعالج على تخيل أو تصور المواقف التي تثير الخوف والقلق لديه بهدف تثبيط انفعال القلق أو الخوف. فقد عالج" لازاروس وأبرامويتز" (1962) Lazarus and Abromawitz طفلة تبلغ من العمر ثماني سنوات كانت تعاني بالإضافة إلى الخوف من المدرسة التبول اللاإراديEnuresis حيث استخدم معها الباحثان الصور التي تثير بعض الانفعالات المتعلقة بمخاوفها في المواقف المدرسية، وذلك من خلال قراءة قصة تتناول خوف طفلة من الذهاب إلى المدرسة، حيث طلب منها أن تساعد الطفلة على التخلص من خوفها تجاه المدرسة. وبعد نهاية العلاج عادت الطفلة إلى المدرسة واستمرت في المواظبة إلى الحضور إليها بانتظام، كما أن التبول اللاإرادي

لديها قد انتهى بعد شهرين من العلاج، وفي فترة المتابعة لاحظ الباحثان أن الطفلة قد تخلصت من خوفها ومن التبول، كما تحسن تحصيلها الدراسي وعلاقاتها الاجتماعية.

(465 ،201)

كما عالج" فان ديريلويجافو" Van der ploegavo حالة مراهق يبلغ من العمر (14) سنة يعاني مخاوف مرضية من المدرسة بالإضافة إلى التبول اللاإرادي، حيث تم تدريب المراهق على الاسترخاء، ثم وجه وهو في حالة استرخاء إلى إثارة صور تثير انفعالات عن تجارب إبحار قام بها المراهق ذات مرة، بالإضافة إلى مثيرات أخرى باعثة على القلق، وبعد (15) جلسة على مدى خمسة أسابيع طبق المعالج فنية" التحصين التدريجي المنظم في الواقع (IN VIVO) مصحوبة بزيادة مقادير الوقت المنقضي في المدرسة... وبعد ثمانية عشر شهراً من المتابعة بواقع مقابلة كل شهر، لم يكن هناك خوف من المدرسة لدى المراهق، ولم يكن هناك أيضا حاجة للتبول المتكرر. ولو نظرنا إلى هذه الفنية باعتبارها تقوم علىدور الصور المثيرة للانفعالات الإيجابية في الموقف التي تثير القلق أو الخوف إلا أنها تعد جزءاً لا يتجزأ في إجراءاتها من فنية التحصين التدريجي المنظم.

والطريقة التخيلية في العلاج تتألف من قيام المتعالج بتخيل المواقف المخيفة على نحو حي بقدر مايمكن، وأن يخبر كل انفعالات التي تبتعثها تلك التخيلات، ويكون هدف المعالج هو الإبقاء على قلق المريض عند مستوى عالٍ بقدر ما يمكن، ويتحقق ذلك بوصفه أكثر رعباً وبشكل مضطرد للمشاهد التي يتم تخيلها، بمعنى آخران هذا الأسلوب يتضمن المواجهة القوية للموقف الأكثر قلقاً وخوفاً للطفل بدون أي تحضير مسبق للمواجهة عن طريق التعريض المتدرج للمثيرات المولدة للخوف أو القلق بدءاً من أقلها إثارة إلى أكثرها إثارة للقلق، حيث إبقاء الطفل في المواقف الأكثرإثارة حتى تظهر إشارات واضحة على انتهاء القلق. وبناء على الاتجاه الكلاسيكي في العلاج السلوكي فإذا شعر الطفل بالقلق

كنتيجة لإشراط سابق، فإن التقدم الجوهري للمثيرات الشرطية في أي مثير أساسي مضاد سيقود حتماً إلى زوال استجابة القلق أو الخوف وعادة ما تشير الإفاضة إلى الطريقة الواقعية المباشرة في العلاج.

أما العلاج التفجيري فهو ينجز المواجهة في خيال الفرد مضخماً إلى حد كبير المخاوف الأسوأ بالنسبة له، لذلك فإن المواجهة المباشرة للمخاوف الأكثر شدة في الحياة الواقعية (الإفاضة) أمر علاجي ضروري وملح للغاية، ويحتاج الأبوان والمعلمون إلى كثير من الإقناع بأن المواجهة الإجبارية هي الطريقة المثلى. ومن نقطة ثانية هناك الكثير من القضايا العلاجية العملية تحتاج إلى التأمل فإذا تم إساءة التعامل مع الإفاضة فإن هذا سينعكس سلباً على المعالج، وإلى زيادة القلق عند الطفل، ويؤدي أيضاً إلى عدم تعاون الأبوين.

4) الفنيات العلاجية القائمة على نموذج التعلم الإجرائي:

يعدُ هذا الأسلوب من الأساليب المهمة في العلاجالسلوكي، وهو قائم على نظرية خاصة به يرى هذا الأسلوب في العلاج النفسي السلوكي أن هناك ارتباطاً بين قيام الفرد بسلوك معين (استجابة) وبين النتيجة التي يحصل عليها من هذه الاستجابة، فإن كانت النتيجة إيجابية، فإن من المتوقع تكرار هذه الاستجابة في نفس الظروف للحصول على نفس النتيجة، أما إذا كانت النتيجة سلبية فإنه من المتوقع تجنب القيام بهذه الاستجابة مستقبلا قي حال تكرار نفس الظروف، وذلك لتجنب النتيجة السلبية، والنتيجة التي نحصل عليها من جراء القيام باستجابة معينة يعتبر شرطاً فعالاً يحدد نوع سلوكنا في المستقبل تحت نفس الظروف. وأهم هذه الفنيات مايلي:

أ) العلاج التوافقي Contingency Thereapy:

وهذا الأسلوب عبارة عن تعاقد بأن تقدم مكافأة على كل استجابة يتعاون فيها الطفل والمعالج بشرط أن يستجيب بشكل معين حتى يحصل على التعزيز Reinforcement. وقد أكد كل من "هيرسوف" (1970) Hersov و"باترسون" (Paterson 1965) على أن ينصب التعزيز على السلوك المناسب لمقتضيات الموقف الذي يتفاعل فيه الطفل مع بيئته بهدف إنجاز أمرما، وأن يتم عدم التعزيز للسلوك غير المناسب، وكان لـ"هيرسوف" بعض الإجراءات لتحقيق ذلك وهي:

1. التعامل مع الوالدين الذين يعززون بطريقة غير مقصودة سلوك تجنب المدرسة لدى الطفل، وأي سلوك آخر يتطلب علاجاً.
2. التعامل مع المرشد النفسي، وذلك لأنه قد يوجد تعزيزاً غير مقصود للسلوك الذي يدل على خوف ورهبة من المدرسة.
3. التعامل مع الطفل نفسه بأسلوب مدعم ومشجع ومساند.

(1982،41)

4. وإذا عدنا إلى الإجراءات السابقة بشيء من التفصيل لوجدنا أن:

الخطوة الأولى:

وفيها يتم التخطيط لتعديل سلوك الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة مع والديه الذين يقومان بتعزيز سلوك الطفل عندمايذهب إلى المدرسة، ويتضمن هذا التعاون مع والدي الطفل مايلي:

أ. أن يبقى الوالدان حازمين في قرارهما بشأن انتظام طفلهما في الذهاب إلى المدرسة، وغير معززين لأي سلوك يرتبط بخوف الطفل من المدرسة مثل: البكاء

والصراخ أو أي شكوى يعبر عنها الطفل التي تتعلق ببعض المواقف. بالنسبة له . في البيئة المدرسية.

ب. أن يقوم الوالدان بتعزيز أي سلوك يصدر عن الطفل الخائف من المدرسة بأنه على استعداد للذهاب إلى المدرسة في ذلك اليوم لوحده، أو أنه راغب بكتابة الواجبات المنزلية، أو أن يقول لوالديه أنه جاد اليوم في الذهاب إلى المدرسة لكنه بحاجة إلى علبة ألوان...

ج. العمل على محو أو تثبيط أي نوع من السلوك يمكن أن يظهر كبديل للسلوك الأصلي غير المتوافق. ويؤكد "هيرسن " hersen هنا على تزويد الوالدين ببعض المعلومات الضرورية عن أسلوب وكيفية استخدام مبادئ وفنيات الإشراط الإجرائي وفق أسلوب مبسط وسهل، وذلك من أجل استيعابه وتطبيقه في الأوقات المناسبة مع الأطفال الذين يعانون مشكلات سلوكية مثل الخوف المرضي من المدرسة.

الخطوة الثانية:

وتعني أن يكون المعالج النفسي مستعداً للتواجد مع الطفل في المدرسةحين يشعر بحالة من الضيق والقلق أو عدم الارتياح، وأن يبقى مشجعاً ومدعماً له خلال هذه الحالة، كما ينبغي أن يكون المرشد حازماً في قراره بشأن عودة الطفل إلى المدرسة بأسرع وقت ممكن.

ففي دراسة قام بها "أيلون، سميث وروجرز" (1970) ayllon ,smith ,and rogers اعتمدوا فيها على التعزيزات الإيجابية والسلبية لفتاة عمرها ثمان سنوات تعيش في مستوى اجتماعي . اقتصادي منخفض. أظهرت الطفلة . وهي في الصف الثاني الابتدائي عدم رغبتها في الذهاب إلى المدرسة، وتزايد عدد أيام غيابها عنها، حتى امتنعت نهائياً عن الذهاب إلى المدرسة طوال العام الدراسي الثالث، حاولت الأم أخذها إلى المدرسة، لكن الطفلة أصيبت بصدمة انفعالية عنيفة وبعض الأعراض المرضية، فأخذتها أمها بعد ذلك إلى المستشفى، وهناك تم علاجها عن طريق

إعطائها بعض الأدوية المهدئة في بداية الأمر لتسكين حالتها. وقد تم تشخيص الحالة من قبل إدارة مشفى طب الأطفال على أنها حالة خوف مرضي من المدرسة. وقد قام الباحثون بوضع جدول لرصد سلوكها، وبرنامج من التعزيزات الإيجابية وبعض التعزيزات السلبية، وكان ذلك في جدول زمني مدته (45) يوماً، ثم قام الباحثون بدراسة تتبعية بعد (6) شهور ثم بعد (9) شهور. وقد تضمنت هذه الدراسة تقويم سلوك الطفلة من ناحية التحصيل الدراسي، والتوافق داخل المنزل، حيثاستخدم الباحثون العقاب لتجنب المدرسة كتعزيزات سلبية، وبعض قطع الحلوى، والمعاملة الخاصة من جانب الوالدين والباحثين. وبالتدريج بدأت الطفلة بالتحسن، وأصبحت تواظب في المدرسة باستمرار، حيث حصلت على نتائج جيدة في الدراسة، في حين كان معدلها الدراسي في السابق في حدود المتوسط. وقد انتهت الدراسة إلى نتيجة هامة مفادها أن استخدم تحليل السلوك وفنيات العلاج السلوكي ثم إزالة أعراض (التغيب عن المدرسة) هو الحل الوحيد لمعرفة مدى نجاح هذا النوع من العلاج.

(2850 – 274 ،99)

كذلك أشار "ميشيل وهيرسن" (Michael and Herson (1981 في دراستهما التي تحمل عنوان (ممارسة فنيات العلاج السلوكي في علاج المخاوف المرضية من المدرسة). وقد تكونت عينة الدراسة من عدد من الحالات الفردية التي تم إخضاعها لعددمن فنيات العلاج السلوكي مثل: التحصين التدريجي، التفجير الداخلي، التشريط الإجرائي. وسوف نركز فقط على عرض نتائج فنية التشريط الإجرائي التي استخدمت في علاج طفل يبلغ من العمر عشرة سنوات يعاني من الخوف المرضي من المدرسة لمدة ستة أسابيع، مدة الجلسة عشرين دقيقة، وكانت مدة المتابعة لهذه الحالة عامين كاملين. أظهرت النتائج زوال أعراض الخوف المرضي من المدرسة تماماً لدى الطفل).

الخطوة الثالثة:

تتضمن هذه الخطوة التي تقوم بين المعالج والطفل الذي يخاف من المدرسة مايلي:

أ. أن يقوم المعالج النفسي بتعزيز أي سلوك يصدر عن الطفل بالاتجاه المطلوب (الذهاب إلى المدرسة) سواء أكان سلوكاً لفظياً أوسلوكاً إجرائياً.

ب. يقوم المعالج بتثبيط أي سلوك غير سوي يصدر عن الطفل وذلك من خلال استخدام أساليب عدم التعزيز لهذا السلوك مثل: الصمت، تجاهل السلوك، تجاه بكاء الطفل...

ج. أن يستخدم المعالج مع الطفل أسلوب علاج شخص في مواجهة شخص آخر (العلاج الفردي One to One Therapy) كي يفرغ الطفل الشحنة الانفعالية ويطرد أية مشاعر عدوانية نحو أي تعديل في اتجاهه نحو المدرسة أو المنزل أو تجاه نفسه. وقد عالج" باترسون " (Patherson1965) بنجاح حالة طفل في السابعة من عمره يشكو من مخاوف مرضية من المدرسة مصحوبة بعجز شديد عن انفصال عن والديه وخاصة الأم. وقام باترسون بنفسه بدور عامل التغيير الأولي والأساسي لسلوك الطفل، فقد استطاع أن يشكل سلوك الطفل مستخدماً في ذلك المديح والمعززات الرمزية وذلك في سعيه لتحقيق استقلال الصبي عن أمه في غرفة الاستشارة النفسية. كما استخدم باترسون مع الطفل فنية اللعب بالدمى، والتي تتجانسمع المواقف المستمدة من بيئة الطفل. وقد روعي فيها أن يكون تركيبها مساعداً في تشكيل سلوك الطفل. وبعد مرور إحدى عشرة جلسة كان بمقدوره دخول المدرسة وقضاء بضع دقائق في الصف الدراسي، وبمزيد من الجلسات زاد الوقت المنقضي في المدرسة تدريجياً إلى أن جاءت الجلسة الثالثة والعشرون، إذتمكن الطفل من المواظبة الكاملة على حضور المدرسة. وقد أظهرت نتائج المتابعة لهذه الحالة حضوراً مستمراً ومتواصلاً في الذهاب إلى المدرسة مع توافق نفسي اجتماعي طيب.

ب) فنية العلاج بالتشكيل Shaping Techiques:

يعرف "دوجلاس" Douglas التشكيل على أنه أي تصرف أو تطور يطرأ كسلوك جديد عن طريق التعزيز لأي سلوك مشابه للسلوك المرغوب فيه، وتدريجياًيقدم تعزيزاً مناسباً ودقيقاً كلما حدث سلوك أكثر دقة أو مجموعة سلوكيات مقصودة، أو وحدة سلوك منضبطة مع الاستجابة الختامية فيكافىء عليها الفرد، أما عن تحديد خطوات التشكيل أو التقريبات المتتابعة فيجب قبل البدء في برنامج التشكيل تحديد الإطار الخارجي للتقرب المتتابع من خلال حركة الفرد في محاولته لتحقيق السلوك النهائي، فعلى سبيل المثال لوافترضنا أن الهدف النهائي لبرنامج علاجي هو عودة الطفل الخائف من المدرسة بالرجوع إليها، فإن على المعالج أن يحدد ما يلي:

1. الهدف النهائي من عملية التعلم.
2. استخدام التعزيز الإيجابي لتغيير السلوك غير المرغوب به.
3. تقديم التعزيز أو التدعيم مباشرة بعد نجاح الاستجابة المرغوبة.
4. تقديم التعزيز للشخص لكل استجابة صحيحة تقربه من تحقيق الهدف النهائي. ففي حالةالخوف المرضي من المدرسة يمكن مثلاً استخدام هذه الفنية كمايلي:

- اللعب خارج المنزل: إذا قام الطفل به مع أسرته فإنه يحصل على تعزيز إذا قام به الطفل لوحده يحصل على تعزيز..
- كتابة الواجبات المدرسية: إذا قام بها الطفل بالتعاون مع أحد أفراد أسرته يحصل على تعزيز. إذا قام بها الطفل لوحده يحصل على تعزيز.
- الاستيقاظ صباحاً: إذا صحى الطفل بمساعدة أهله يحصل على تعزيز إذا صحى بنفسه يحصل على تعزيز.

- الذهاب إلى المدرسة:

  - إذا ذهب الطفل إلى المدرسة برفقة أحد أفراد أسرته يحصل على تعزيز.
  - إذا ذهب إلى المدرسة بمفرده يحصل على تعزيز.

- المواظبة:

  - إذا حضر الطفل آخر حصة برفقة أحد أفراد أسرته يحصل على تعزيز.
  - إذا حضر آخر حصة لوحده يحصل على تعزيز.
  - إذا حضر آخر حصتين يحصل على تعزيز.
  - إذا حضر ثلاثة حصص يحصل على تعزيز.
  - إذا حضر أربعة حصص في اليوم برفقة أحد أفراد أسرته يحصل على تعزيز.
  - إذا حضر أربعة حصص لوحده يحصل على تعزيز.
  - إذا حضر يوم دراسي كامل يحصل على تدعيم (تعزيز).

وفيما يلي عرض لبعض الدراسات التي استخدمت فنية التشكيل أو التي تسمى أحياناً بفنية التقريبات المتتابعة. والمتتبع لهذه الدراسات يلاحظ أن بعضها يركز على دور أحد الوالدين أو كليهما في العملية العلاجية، وبعضها الآخر يركز على المدرس، وبعضها الثالث يركز على الاثنين معاً. وقد استخدم "دوليز وليامز "Doleys & williams 1977" فنية التقريبات المتتابعة في علاج طفل يعاني الخوف المرضي من المدرسة وذلك بالاستعانة بالوالدين، حيث وضعا نظام يقوم بمقتضاه العاملون في المدرسة باستدعاء الوالدين بعد أي سلوك فوضوي يقوم به الطفل، حينئذ يحضر الوالدان ويقومان بتنفيذ العقاب الذي هو عبارة عن وضع الطفل في غرفة صغيرة يستطيع أن يخرج منها فقط ليعود إلى الصف الدراسي. وكذلك أعيدت صياغة سلوك الوالدين غير المشروط في المنزل، وخلال ثلاثة أسابيع من بداية البرنامج بدأت المواظبة على الحضور إلى المدرسة بشكل كامل،

وبعد أربعة أشهر من المتابعة كان يواظب على الحضور إلى المدرسة بشكل جيد كما كان أداءه الأكاديمي جيداً.

وفي دراسة أخرى استخدم بعض العاملين المهمين في المدرسة (مدير المدرسة، المعلم، الأخصائي النفسي) كعوامل تغيير. فقد كتب هيرسن (Hereson1970) تقريراً أشار فيه إلى استخدام المرشد المدرسي في علاج طفل يبلغ من العمر (12) سنة وقد استدعت المعالجة وجود ثلاثة عناصر منفصلة ولكن بينها علاقة. وقد تم مقابلة الأم كعنصر أول على مدار ثلاث عشرة جلسة استشارة للقيام بالتعزيز المناسب، والقيام بإجراءات الانطفاء ذات الصلة بالمواظبة الملائمة على الذهاب إلى المدرسة، وتناولت الجلسات الاستشارية كذلك السلوكيات المتعلقة بالمدرسة، و أيضاً تبريرات الطفل وبكاءه قبل مغادرته المنزل، كما كان هناك اتصال من جانب المعالج بالمرشد المدرسي كعنصر ثان، وكان الاتصال به من أجل دعم البرنامج العلاجي، العنصر الثالث: تمت مقابلة الطفل خلال خمس عشرة جلسة استشارة فردية في محاولة تزويد المعالج بفرصة لتعزيز أنماط السلوك المطلوبة ومحو أنماط السلوك النكوصية كالبكاء واللجوء إلى تبرير والتماس الأعذار من خلال التجاهل وعدم والتعزيز. كذلك سمحت الجلسات للطفل بأن يعبر عن مشاعر العداء المتعلقة بتغيير الاتجاهات سواء في البيت أم في المدرسة. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن البرنامج العلاجي المتبع مع هذه الحالة بعناصره الثلاثة كان فعالاً في تخليص الطفل من السلوك غير المرغوب فيها خلال خمسة عشر أسبوعاً من العلاج، حيث بدأ الطفل في المواظبة للحضور إلى المدرسة بشكل منتظم، كذلك أشارت نتائج المتابعة التي استمرت لمدة ستة أشهر أن الطفل مازال مواظباً على الذهاب إلى المدرسة.

(74 ،62)

أما العوامل التي يمكن ان تؤثر في فاعلية التشكيل فيمكن إجمالها بما يلي:

1. تحديد السلوك النهائي:

إن الخطوة الأولى في عملية تشكيل السلوك هي التحديد الواضح للسلوك النهائي حيث أن السلوك لا يتم إلا بمشاركة فريق العلاج ومساعدته للحالة على التدريب المستمر والمتواصل مع توضيح كل خطوة من خطوات البرنامج العلاجي، كما يجب أن يكون كل فرد في فريق البرنامج العلاجي بما فيهم الحالة على وعي تام بالدور الذي يلعبه داخل هذا البرنامج، بالإضافة إلى أهمية تقديم التعزيز في الوقت المناسب والمحدد لتحقيق أكبر قدر من الفاعلية.

أما فيما يتعلق بكيفية صياغة السلوك النهائي فيجب أن تتم وفقاً للطريقة المميزة لصياغة السلوك وهي: التكرار . الشدة . الديمومة، إلى جانب الظروف التي تمت فيها صياغة السلوك والإرشادات المختلفة وفقاً لظروف البرنامج العلاجي المصمم لذلك. ففي حالة الطفل الخائف من المدرسة فإن السلوك النهائي يتجلى في عودة الطفل إلى المدرسة في أسرع وقت ممكن والمواظبة المستمرة والمتواصلة على الحضور إليها، مع غياب أية سلوكيات أخرى تعيق ذهاب الطفل إلى المدرسة (كالبكاء، التعلق بالوالدين، الحجج التي يتفوه بها الطفل والتي تعبر عن عدم رغبته في الذهاب إلى المدرسة).

2. تحديد نقطة بداية البرنامج:

من المؤكد أن بلوغ النهايات رهناً بالبدايات، لذلك لابد من تحديد نقطة البداية للبرنامج العلاجي وصولاً إلى السلوك النهائي ؛ لأن تعزيز بعض السلوك، هو الذي يؤدي إلى التقريب المتتابع لباقي السلوك، ولأنه ليس بكافٍ تعزيز السلوك خلال وقت الجلسة فقط ولكن يجب أنيتتابع التعزيزحتى بلوغ السلوك الختامي، كما يجب مناقشة كل فرضية لخطوات البرنامج حتى يمكن تقديم صياغة دقيقة ومحكمة تحدد الخطوة الأولى أو التمهيدية وصولاً إلى الخطوة النهائية، إذمن

المعلوم أنه في برامج التشكيل لا تولي أهمية كبرى لمكان حدوث هذا السلوك، لكن المهم هو مستوى الاتساق الذي سوف تتحقق به هذه الاستجابة في الوقت الحاضر، حيث أن غرض برنامج التشكيل تحقيق هدفين في آن واحد، هما:

أ. تعزيز التقريب المتتابع من السلوك الأولي وحتى السلوك النهائي.

ب. يجب أن يكون السلوك الأولي مشابهاً تماماً للسلوك النهائي.

3. تحديد خطوات التشكيل:

يجب قبل البدء في برنامج التشكيل تحديد الإطار الخارجي للتقريب المتتابع من خلال حركة الفرد في محاولته لتحقيق السلوك النهائي، فعلى سبيل المثال لو افترضنا أن الهدف النهائي لبرنامج هو عودة الطفل الخائف من المدرسة إليها، فإن البرنامج يحدد أن الطفل سوف يبدأ بالاستيقاظ صباحاً وبشكل نشيط ويحضر حقيبته متوجهاً إلى المدرسة بمفرده، فتكون هذه الخطوة الاستجابة التمهيدية الأولى للبرنامج لأنه من المفترض أن الذهاب إلى المدرسة سيمر بعدد من الإجراءات مثل: الاستيقاظ باكراً، ارتداء ملابس المدرسة، حمل الحقيبة، التوجه إلى موقف باص المدرسة أو التوجه لوحده إلى المدرسة أو بصحبة أقرانه. كما أن الطفل أثناء هذه المحاولات يتلقى التعزيز عن كل خطوة أو إجراء يقوم به. و تستمر التعزيزات لعدد من المحاولات حتى يستمر الطفل في تتابع ناجح للخطوات لإحداث السلوك النهائي أولاً هو الذهاب إلى المدرسة دون خوف أو قلق. وعند هذه النقطة هناك أسئلة تطرح نفسها مثل:

1. ما مدى معقولية حجم الخطوة في البرنامج؟.
2. ما عدد المحاولات التي يجب تعزيزها لكل خطوة قبل الانتقال إلى الخطوة التالية لها؟.

للإجابة على السؤال الأول: فإنه من غير المعقول وضع إطار عريض لتحديد الحجم المثالي للخطوة دون الأخذ بعين الاعتبار تحديد السلوك الأولي والسلوك النهائي. وبناء عليه فالمعالج يحدد معقولية حجم الخطوة للمضي قدماً إلى الأمام.

أما بالنسبة للسؤال الثاني فإن عدد المحاولات المعززة لكل خطوة يتحدد من ملاحظة الطفل أثناء الممارسة الفعلية للبرنامج من خلال: ملاحظة السلوك الأولي، تكرار المحاولات، مرونة الممارسة والأداء، السرعة المطلوبة في الأداء... وهكذا

وعليه فالتحرك وفق الخطوات والإرشادات التي حددها برنامج العلاج يكون لها كبير الأثر في تحقيق فاعلية البرنامج العلاجي في التصدي لحالة الخوف المرضي من المدرسة التي يعاني منها الطفل، أو لأية مشكلة سلوكية أخرى تحتاج إلى تعديل.

ويرى "باندورا وزملاؤه " فيما يتعلق بفنية التشكيل . أن تشكيل الاستجابة يعدل بشكل تدريجي المسالك السائدة عن طريق تعزيز عناصر صغيرة من السلوك الجديد المرغوب فيه، ومن ثم يكون الاقتراب بشكل متتابع أو التقريبات المتتابعة Successive approximating من السلوك النهائي end behaviour.

وقد تم استخدام باترسون هذا الأسلوب بهدف تقديم خطوات متتالية على أنتكون كل خطوة أكبر من سابقها من الانفصال عن الأم، وقد حاول باترسون أن يجعل الطفل يستشعر بالأمن في هذا النوع من السلوك، وأن يتقبله بالنسبة للدمية، ويحدث هذا في الوقت الذي كان فيه على الأم أن تتحرك أبعد فأبعد، وبصورة تدريجية، وذلك حتى تغادر غرفة اللعب وذلك في خطوات تدريجية كما هو الحال في موقف اللعب، وبعد انقضاء عدد من الجلسات العلاجية أصبح الطفل قادراًعلى الانتظام بالمدرسة دون أن يصاحب ذلك أي نوع من القلق، كما أنه لم يعد يخشى الابتعاد عن أمه. وقد دلت متابعة الطفل لمدة ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي أن هناك تحسناً واضحاً وملموساً في توافقه النفسي والاجتماعي العام،

كما أنه لم يبد أي دليل على خشيته أو خوفه من الابتعاد عن الأم أو وجوده في المدرسة.

وأخيراً يمكن القول: إنه من خلال الدراسات الميدانية التي أجريت للتأكد من فاعلية فنية التشكيل في علاج الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة، إن هذا الأسلوب قد أثبت فاعليته سواء أكان الأسلوب الوحيد المستخدم مع الحالات أم بمشاركته أساليب وفنيات علاجية أخرى كالتحصين التدريجي، أو الأسلوب التوقعي، لذلك يوصي الكثير من الباحثين باستخدامه في مثل هذه الحالات وخاصة الأطفال صغار السن.

ج) العلاج القائم على التدريب على المهارات الاجتماعية:

يوجد لدى الكثير من الأطفال الذين يعانونالخوف المرضي من المدرسة مشكلات أساسية في التعامل مع الأقران والأساتذة على حد سواء، وغالباً ما يكشف التحليل السلوكي الدقيق لهؤلاء الأطفال عن عجز كبير في المهارات الاجتماعية. فقد أشار كينغ (1987) إلى ذلك بالقول: من المدهش أنه رغم الازدياد الكبير في الأبحاث التي تتحدث عن التدريب لتحسين المهارات الاجتماعية، فإن هناك دلائل قليلة تشير حول تطبيق التدريب على المهارات الاجتماعية في علاج الخوف المرضي من المدرسة. ويعد " داوسن، ريزنر، يونيس، ماتيسون" (1982) أول من قاموا بتعديل هذا الأمر منخلال وصف رائع لطفلة تبلغ الثانية عشرة من عمرها تعاني من الخوف المرضي من المدرسة وخوف زائد من الأطفال الذكور غير المألوفين. لقد عانت الطفلة من مشكلات جسدية متعددة، وقلة في التعامل مع أقرانها في وحدة العلاج النفسي بالمستشفى، حيث تضمن العلاج الانتباه لمجالات عديدة من ضمنها:

1. وضع الجسد وخاصة تصلب الجسد وقلة الحركة في الساق والأطراف.
2. المزاج العصبي المتقلب مثل: الضحك بسخرية أو تجهم الوجه، أونبرة الصوت العالية.

3. الاتصال العيني.
4. تصنع العواطف والمشاعر المناسبة في التعاملات الاجتماعية.
5. المحتوى الشفهي للرسائل والاستجابات.

أما الإجراءات العلاجية فكانت تسير على النحو التالي: حث المعالج الطفلة للمشاركة في التدريب على أن تغير أو تعدل سلوكها بنفسها من خلال قيامها بتمثيل الأدوار العشرة التي اقترحها "باندورا" Bandora (1969) و"ماتيسون" Matison (1981) في كل جلسة من جلسات العلاج. وعادة ما يسبق لعب الدور نقاش عام لمدة خمس دقائق حول المخاوف المرضية للطفل، و كيف يمكن أن يساعد البرنامج التدريبي في علاجها، و بعد ذلك يشكل المعالج السلوكيات الملائمة قبل أن يطلب من الطفل تمثيل المشهد، ويتم تعزيز الطفل اجتماعياً للتقدم الذي يحرزه، مع تقديم نصيحة محددة حول المجالات التي تتطلب التحسين ومزيد من التعديل. ثم يعاد التدريب على المشهد بكامله، وبعد ذلك يتم تقديم المشهد الثاني، حيث يتبع العلاج نفس النموذج السابق وهكذا حتى يتم إنهاء المشاهد العشرة كلها. وقد استمرت الجلسات العلاجية لمدة (24) جلسة علاجية، وبعد (7) أسابيع من انتهاء العلاج و (12) أسبوعاً من متابعة الحالة واظبت الطفلة على الحضور إلى المدرسة بشكل تام وكان أداؤها جيداً، وكانت تتعامل بشكل طبيعي مع أقرانها، وتعامل بثقة أكبر من الآخرين. كما حدث في النهاية تعميم للمهارات الاجتماعية الأكثر إيجابية لدى الطفلة لتشمل مواقف الحياة اليومية خارج المدرسة.

5) العلاج القائم على المزاوجة بين تقنيات الإشراط الكلاسيكي والإشراط الإجرائي:

اتخذ هذا المنهج في العلاج كل من" لازاروس ودافيدسون وبوليفكا" (1965) lazarus، Davidson and polefka الذي يعتمد على العلاج التوافقي بين العلاج بالكف التبادلي veciprocal inhibition والعلاج التوافقي con tingency therapy وقد أعربوا عن ثقتهم واعتمادهم على الأسلوب التوافقي أو

التجميعي . القائم على مزج فنيات من الإشراط الكلاسيكي وفنيات أخرى من الإشراط الإجرائي في العلاج، والذي يقوم على فرضية مؤداها أنه لما كانت مستويات القلق المرتفعة تثير سلوك التجنب وتؤدي إليه، فإنه ينبغي في هذه الحالة أن تستدعي الإشراط العكسي البسيط، وأنه عندما يكون القلق ضئيلاً فإن سلك التجنب . فيما يبدو . يمكن دفعه باستخدام مجموعة متنوعة من المعززات الثانوية والتي تطبقها وتستخدمها أساليب الإشراط الإجرائي، كذلك اهتم" باترسون" patterson (1965) بهذا النوع العلاجي القائم على المزاوجة بين فنيات العلاج السلوكي القائم على الإشراط الكلاسيكي والفنيات القائمة على الإشراط الإجرائي، مثل: التحصين التدريجي وتشكيل السلوك وذلك بغية معرفة الأثر الناجم عن اجتماعهما في علاج الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة. كما أن باترسون يعد أول معالج سلوكي فطن إلى أهمية هذا الجمع وذلك لماله من أثر إيجابي عنددراسة أية مشكلة سلوكية تواجه أي فرد. وللتأكد من ذلك قام بدراسة جمعت بين نماذج الإشراط الكلاسيكي والإجرائي في معالجة طفل يبلغ من العمر سبع سنوات يرفض الذهاب إلى المدرسة بسبب قلق الانفصال الذي يعاني منه، وكان قلق الطفل متشعباً، حتى أنه لم يرغب في ترك أمه في غرفة المعالج لدقائق معدودة، وباستخدام تشكيل السلوك من خلال التقريبات المتتالية والمعززات اللفظية والتحصين التدريجي في الواقع والتحصين التدريجي التخيلي كسلسلة متدرجة من المواقف المقلقة، واللعب بمجموعة من الدمى حول صفات طفل يدعى هنري الصغير little Henry، كان الطفل يسأل إن كان يشعر في مواقف الانفصال المتنوعة بالاستقلال والتأكيدية. وبعد إحدى عشرة جلسة علاج بالتحصين التدريجي في الواقع والتي تتضمن أخذ الطفل برفقة المعالج كل يوم إلى المدرسة، ويقوم المعالج بترك الطفل في المدرسة لأطول مدة ممكنة. كذلك قام المعالج بتدريب الوالدين على تعزيز سلوكيات الطفل الإيجابية وذلك بهدف تقليل السلوك غير مرغوب فيه. وقد أسفرت النتائج بعد (23) جلسة علاج عن عودة الطفل إلى المدرسة والانتظام فيها بشكل جيد. كما دلت متابعة الحالة لمدة ثلاث أشهر على توافق اجتماعي جيد لدى الطفل في البيئة المدرسية.

(74 ،62)

وقد أكد كل من "لازاروس، دافيدسون وبوليفكا" (1965) على قيمة استخدام الإجراءات المأخوذة من نموذجي الإشراط الإجرائي معاً في مراحل مختلفة منعلاج طفل يبلغ من العمر تسع سنوات لديه قلق انفصال بشكل واضح، إضافة إلى سلسلة من الضغوط الإضافية التي سرعت في حدوث الخوف المرضي من المدرسة عند الطفل ؛ فالطفل خضع لعملية جراحية خطيرة مع آلام شديدة بعد العملية، وشهد أيضاً حالة غرق، ومن ثم أصيب بحالة اكتئاب وذلك بسبب وفاة صديقة أخته. استخدم الباحثون في علاج هذه الحالة تقنيات الإشراط الكلاسيكي والإجرائي، لقد تم تجريب أسلوب خفض الحساسية المنظم (في الخيال) ومن ثم تم التخلي عن هذا الأسلوب، وذلك بسبب عدم قدرة الطفل على النطق، بإضافة إلى نزعته في الإذعان في تقديم الاستجابات التي يقبل بها المعالج. لقد بدا واضحاً على الطفل أنه كان مهتماً في الحصول على رضا المعالج من أن يصف حقيقة مشاعره. لذلك تم تطبيق خفض الحساسية في الواقع (اللهو، المزاح، الاسترخاء، الملاحظة، التشجيع، والصور المثيرة). كما تم وصف الأدوية المهدئة لهذا الطفل من قبل طبيب الأسرة، وذلك لخفض القلق المتوقع في الصباح. وقد كانت هناك محاولات لجعل الجو المدرسي أكثر جاذبية للطفل، وذلك من خلال إعطائه مهام خاصة، وجعل العزوف عن المدرسة أقل جاذبية من خلال عدم السماح له في البقاء في المنزل خلال فترة المدرسة. وبعد انتهاء الجلسة الخامسة عشرة، أظهر الطفل القليل من القلق. وبناء على ذلك تم استخدام إستراتيجية إجرائية لضمان حضور الطفل إلى المدرسة مستقلاً عن المعالج من خلال إعطائه كتاباً هزلياً أو كرة سلة إذا استطاع الطفل العودة إلى المدرسة بصورة تامة، ودلت نتائج المتابعة لحالة (بول) بعد مضي عشرة أشهر أن (بول) قد حافظ على تحسنه العلاجي، وحقق مزيداً من التقدم في المواظبة للذهاب إلى المدرسة.

ويبدو أن المضامين النظرية لهذه الدراسة جديرة بالاهتمام لأنها تنطبق على العديد من الدراسات السلوكية الأخرى، فمن وجهة النظر الإجرائية أن جلسات خفض الحساسية المنظم (في الواقع) ربما تعزز بفعالية سلوك الاعتماد عند

الطفل وتقوي استجابات التجنب لديه، وذلك بالسماح للطفل بالعودة إلى المنزل بعدظهور القلق خلال كل جلسة علاجية.

علاوة على ذلك إن الاهتمام والدعم الخاص اللذين يقدمان للطفل خلال فترة زمنية طويلة ربما يلقي الضوء على الصعوبات التي يعاني منها الطفل في عيون أصدقائه، ومن المحتمل أن يقوي ذلك استجابات التجنب تجاه أقرانه. وأخيراً فإن استعمال الأدوية ربما يعزز النظرة للطفل على أنه مريض ويحتاج إلى علاج خاص. لكن العلماء في هذا المجال أكدوا بأن الطريقة الإجرائية التي يمنع فيها الاهتمام بالطفل حتى يعود إلى غرفة الصف، ربما تكون غير مفيدة من الناحية العلاجية إذا نظر المرء إلى المشكلة ضمن نموذج الإشراط الكلاسيكي، وأن الاستعجال في تعريض الطفل إلى المواقف الأكثر خوفاً ربما تقود إلى زيادة حدة القلق وتقويته أو تعزيز استجابات التجنب إذا كان الهروب ممكناً. وفي المقابل فإن العلماء لم يشيروا إلى حقيقة مؤداها أنه إذا تم إغلاق طريق الهروب بشكل فعال وبقي الطفل في الموقف المثير للخوف، فإن خفض الحساسية يجب أن يحدث من خلال عملية الانطفاء. وإذا تم بعد ذلك تطبيق الخطوات الإجرائية لتعزيز الحضور النظامي إلى المدرسة، فإنه لن يكون هناك تناقضاً بين الأسلوبين الكلاسيكي والإجرائي.

وبدلاً عن ذلك، فإن العلماء أكدوا بأن درجة القلق التي يحكم عليها المعالج يجب أن تقرر أي استراتيجية علاجية يجب أن توظف في علاج الطفل الذي يخاف من المدرسة، لذلك فقد اقترحوا بأن الدرجات العليا من القلق تشير إلى الحاجة لخفض الحساسية، بينما الدرجات الدنيا من القلق تدعو إلى استخدام الأساليب الإجرائية، ولكن بغض النظر عن حقيقة أن هذا النمط من التفكير لن يحل المشكلات المركبة في الإجراءات العلاجية فإن هذا يثير مشكلة أخرى هي كيف يمكن للمعالج أن يحكم على مستوى القلق عند الطفل. ويرى "لانغ" (1970) في هذا أن المستويات الملاحظة من القلق لاترتبط بالضرورة مع التقارير الذاتية غير الموضوعية وكذلك المقاييس الفيزيولوجية، وليس من السهل أيضاً على المعالج بشكل دائم التمييز بين استجابات الخوف الحقيقية المحددة بمغادرة الطفل المنزل أو

الذهاب إلى المدرسة وبين السلوك الاستبدادي والمشاكس الذي يظهر على الطفل كلما تعرضت أماله إلى الخيبة والفشل.

وقد عالج كل من "تاهيمسيان وماك رينولدز" (1971) حالة طفلة تبلغ الثالثة عشرة من عمرها، كان سبب قلق الانفصال لديها هو حضورها مخيم صيفي، إذ تم علاجها بواسطة هرمية خفض الحساسية المؤلف من (12) خطوة تتضمن مشاهد متخيلة. إلا أن الطفلة لم تحرز تقدماً باتجاه العودة إلى المدرسة. لقد لوحظ فيما بعد أن الأبوين دائماً يخضعون لها عندما تكون مضطربة، وفي ضوء هذه المعلومة تم إعطاء الأبوين دور علاجي أساسي، حيث تم تطبيق خفض الحساسية المنظم في الواقع. وسار الأبوان بالطفلة من خلال هرمية مؤلفة من (15) خطوةمن خلال مكافأة السلوك التعاوني والإيجابي فقط دون الاهتمام باحتجاجات الطفلة أو تذمرها، وبعد ثلاثة أسابيع عادت الطفلة إلى المدرسة بشكل منتظم، وتم الحفاظ على هذا التحسن بعد متابعة الحالة لمدة (4) أسابيع.

أما"فيليبس" و"ولب" (1981) وضعا برنامجاً علاجياً طويلاً ومعقداً جداً، تم تطبيقه على طفل يدعى (روب) يبلغ من العمر الثانية عشرة كان يعاني من قلق انفصال شديد واضطراب هاجسي لا إرادي (فعل قهري) أي أن الطفل كان يكرر ولساعات طويلة غسل اليدين. قبل أن يشارك فيليبس وولب في العلاج، كان الطفل قد تلقى علاجاً نفسياً غير ناجح لمدة عامين على اعتبار أن لديه خوف من المدرسة. وكشف التحليل السلوكي الدقيق أن الطفل كان يخاف من الانفصال عن الأبوين في كل الظروف تقريباً وليس فقط في المواقف المدرسية. وإذا استثنينا لعب الطفل كرة القدم مع أصدقائه في باحة المدرسة، فإن روب لم يستطيع أن يترك الأبوين يغيباعن ناظريه، وبناء على ذلك فإن فيليبس وولب لم يعتبرا أن المشكلة هي خوف مرضي حقيقي من المدرسة رغم أن الطفل كان يرفض الذهاب إلى المدرسة لمدة (5) اشهر ونصف مع حضور غير منتظم لمدة عامين سابقين. ولقد تضمن العلاج خفض الحساسية النظم الواقعي والخيالي معاً بالإضافة إلى تدريبات الاسترخاء العضلي. إضافة لذلك تم استخدام العلاج التوافقي وتدريب

الأبوين وفق نموذج العمل الذي قام به باترسون (1975)، و أخيراً الخفض المتدرج للسلوكيات التي يكررها الطفل بشكل مرضي (غسل اليدين) كمااقترحها" آزرين ونن" Azrin and Nunn (1973). وتتضمن هذه الطريقة استبدال الاسترخاء العضلي بتقديم المكافأة للطفل كلما خفض من سلوكياته المرضية المكررة حتى تزول هذه السلوكيات. وبعد سنتين و (88) جلسة استطاع الطفل أن يداوم على الحضور إلى المدرسة دون قلق، واستطاع أيضاً الذهاب مع أصدقائه في رحلات أيام العطل، وتم الحفاظ على هذه المكتسبات العلاجية لمدة عامين من المتابعة لحالة (روب).

عقب فيلبس وولب على هذه الدراسة والبرنامج المستخدم فيها، بأن البرنامج كان طويلاً ومرهقاً، وذلك بسبب إفراط الأب في شرب الكحول، وخوف الأم المرضي من الأماكن المزدحمة، وتدخل الجدة المستبدة في كثير من الأحيان في حياة الطفل. ولسوء الحظ لم يحدد الباحثون بدقة كيف أثرت هذه القضايا العائلية على سير العلاج وفي أول سلسلة علاجية سلوكية واسعة النطاق وصف كينيدي Kennedy (1965) تطبيقاً لبرنامج علاجي على (50) حالة تنتمي إلى النمط الأول من الأطفال الخائفين من المدرسة. أخذت طريقة كينيدي من النموذجين الكلاسيكي والإجرائي، حيث استخدم طريقة خفض الحساسية المنظم عن طريق الزوال الكلاسيكي من أجل إجبارالأطفال للحضور إلى المدرسة. فقد عزز حضور الأطفال إلى المدرسة إيجابياً، وذلك بإعطائهم امتيازات خاصة في المدرسة ومعاملة حسنة في المنزل. وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن الأطفال الخمسين عادوا إلى المدرسة بعد ثلاثة أيام فقط من العلاج. وتمت متابعة الحالات عن طريق الهاتف بعد أسبوعين وثمانية أسابيع لمدة تتراوح بين سنتين وثماني سنوات بعد انتهاء البرنامج العلاجي والتي كشفت على أن كل حالة بقيت خالية من الأعراض المرضية المصاحبة للخوف المرضي من المدرسة.

وقد ناقش كينيدي هذه النتائج بشيء من التفصيل بأن خمسة من الأطفال فشلوا في الاستجابة للتدخل العلاجي، وأن (37) حالة من أصل (.5) حالة

كانت أعمارهم (11) سنة أو أقل. واختتم كينيدي دراسته بالقول بأن طريقته هذه مناسبة للأطفال الخائفين من المدرسة الذين ينتمون إلى النمط الأول، وأن تشخيص الحالات التي تنتمي إلى النمط الثاني كان أكثر سوءاً، وأن ذلك يتطلب علاجاً طويل.

(87 – 86 93)

أما الانتقادالموجه لدراسة كينيدي فهو لم يقدم تفاصيل بشأن العينة الأصلية للأطفال الخائفين من المدرسة والتي على أساسها بنى تصنيفاته للنمطين الأول والثاني، كما أن هذه الدراسة لم توضح فيما إذا كان قد طبق رزمة العلاج السلوكي على كل الحالات الخائفة من المدرسة أو أنه طبقها فقط على الحالات التي تنتمي إلى النمط الأول. وفي دراستين مختصرتين وصف بلاج (1977 – 1981) استراتيجية شاملة لتشخيص وعلاج سريعين للخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال. لقد كانت الاستراتيجية مبنية بشكل أساسي على المبادئ السلوكية، وتأخذ من كلا نموذجي الإشراط الكلاسيكي والإجرائي كليهما والتي تتضمن الإجراءات التالية:

1. تحليل وتوضيح مفصل للقضايا المتعلقة بالطفل والمدرسة والأسرة والتي تلعب دوراً أساسياً في ظهور الخوف المرضي من المدرسة لدى الطفل.
2. خفض القلق لدىكل من الطفل والمعلم والأبوين في المرحلة التشخيصية، وذلك من خلال: المزاح، والصور المتخيلة، المناقشة، والتمرين السلوكي المختصر.
3. الإفاضة أو الغمر كالدوام المدرسي الكامل والفوري، والذي يتم تسهيله عن طريق إجراءات مرافقة الطفل إلى المدرسة عن طريق الوالدين أو المعالج إذا اقتضت الضرورة.

4. العلاج التوافقي في البيت وفي المدرسة لإزالة العوامل التي من المحتمل أن تبقي على ردود فعل الخوف والأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي وسلوكيات التجنب.

5. زيادة طرائق التعزيز الإيجابي في المدرسة وفي البيت، إذا حضر الطفل بشكل منتظم إلى المدرسة.

وهكذا كان الجمع بين الإشراط الكلاسيكي والإشراط الإجرائي، بمعنى الجمع بين ما تحمله عوامل كل منها من الفشل والنجاح، هو السبب الذي حدابالمعالجين إلى القول بأن هناك صيغة لما يسمى بالنموذج المشجع على أن يواجه الطفل المخاوف بنفسه، وهذه الصيغة مؤداها أنه عندما يكون السلوك التجنبي (الاحجامي) مدفوعاً في شكلها التقليدي. وعندما يكون القلق في أدنى مستوياته، ويظهر أن السلوك التجنبي أو الاحجامي سيظل باقياً بسبب المعززات الثانوية المتنوعة، فإن الأمر يتطلب عندئذ تطبيق فنيات الاشرط بمستويات عالية من القلق، فإن الأمر يتطلب حينئذ استخدام فنيات التشريط المضاد الإجرائي.

ميزات أساليب العلاج السلوكية:

سنعرض فيما يلي أهم الميزات التطبيقية لأساليب العلاج السلوكي بشقيها التقليدي (الكلاسيكي) والحديث (الإجرائية) أثناء التعامل مع ظاهرة الخوف المرضي من المدرسة. وهذه الميزات هي:

1. إن أساليب العلاج السلوكي المتعددة التي تم الحديث عن بعضها في الصفحات السابقة، أثبتت فاعليتها ونجاحها بدرجة كبيرة في علاج ظاهرة الخوف من المدرسة، كما أظهرتها الدراسات السابقة في هذا المجال، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسات نجاح هذه الأساليب مع الأطفال الذين يعانون الخوف من المدرسة. ويعد تطبيق هذا البرنامج انتظم العدد الأكبر منهم في المدرسة خلال الأيام التالية لتطبيق البرنامج، وبعضهم الآخر انتظم بعد أسابيع قليلة من

البرنامج العلاجي على أكثر تقدير. وينبغي أن نشير في هذه النقطة إلى أنه كلما كان التدخل العلاجي سريعاً، بعد ظهور أعراض رفض المدرسة مباشرة، كلما تناقصت أعراض خوف الطفل من المدرسة والعكس صحيح، فعندما يكون العلاج متأخراً عن نصف سنة دراسية أو أكثر بعد بداية ظهور الخوف لدى الطفل، فإن الأمر يحتاج إلى شهور أو حتى لسنوات بعد بدء العلاج حتى يستطيع الطفل المواظبة على الذهاب إلى المدرسة، كما أظهرت نتائج الدراسات التتبعية لهؤلاء الأطفال، الذين تم علاجهم بأساليب العلاج السلوكي المتعددة، أنهم كانوا في حالة انتظام جيدة في المدرسة، و حرصاً أكبر على الذهاب إليها.

2. إن سلوك الطفل الخائف من المدرسة يلاحظ ويقاس مباشرة من قبل المرشد النفسي، بإضافة إلى المعلومات المستمدة من الوالدين والمدرسينو الأقران... فأعراض الخوف لدى الطفل، مثل تجنب الذهاب إلى المدرسة أو رفضه ارتداء ملابس المدرسة أوالالتصاق بوالديه عندما يحين موعد ذهابه إلى المدرسة أو يبدل بعض الأعراض أو الشكاوى الجسيمة كألم الرأس أو في المعدة. دون أية أعراض حقيقية، فهذه الأعراض يلاحظها المرشد السلوكي والوالدين مباشرة. كما أن المعالج السلوكي يستطيع ملاحظة وتحليل علاقة (الطفل – الأم) وعلاقة الطفل بالبيئة المدرسية والتفاعلات المصاحبة لهاتين العلاقتين قبل العلاج وأثناءه وبعده.

3. تؤكد بعض فنيات العلاج السلوكي في علاج الخوف المرضي من المدرسة على التعاون الوثيق بين المعالج النفسي والوالدين من جهة وبين المعالج النفسي والقائمين على العملية التربوية في المدرسة من جهة أخرى وذلك بهدف التخفيف من حدة هذا الخوف لدى هؤلاء الأطفال، وهذا التعاون يستعبد التفسيرات الغامضة والتأويلات المبهمة لفنيات العلاج السلوكي.

التطبيقات العملية للنظرية:

يبدو واضحاً مما سبق أن الكثير من التقنيات السلوكية تم توظيفها في علاج الخوف المرضي من المدرسة، ولكن من الصعب الوصول إلى نتائج ثابتة للأسباب التالية:

1. إن غالبية الدراسات العلاجية تتضمن تقارير عن حالات فردية. بينما تشير غالبية الدراسات العلاجية إلى نتائج ناجحة من المستحيل معرفة إذا كانت الحالات المشار إليها تمثل بحق التجربة العيادية الأولى لمعالجين مبتدئين، أو أنها تعد أمثلة منتقاة بعناية من سلسلة علاجية أقل نجاحاً.
2. إن مصطلح الخوف المرضي من المدرسة تم تفسيره بطرائق عدة من قبل باحثين مختلفين رغم أن غالبية التقارير السلوكية تقدم وصفاً مفصلاً للحالات التي تعاني الخوف المرضي من المدرسة. لذلك من الصعب إجراء مقارنات بين الدراسات العلاجية المنفصلة أو المستقلة عن بعضها البعض.
3. إن النتائج العلاجية لطالما تم تعريفها بشكل ضعيف، وتم تقيمها بشكل ناقص، لذلك فإن غالبية الدراسات تقيم النتائج على أساس فيما إذا كان حضور الطفل إلى المدرسة مرضيا أم لا، ولم توجد دراسة واحدة عدا دراسة" بلاج ويول" (1984) التي جعلت الحضور المرضي إلى المدرسة إجرائياً . استطاعت أن تعرف إجرائياً مشاعر المرض الظاهرة على الطفل العائد إلى المدرسة، وأخذت باعتبارها تحصيل الطفل في المدرسة وتكيفه الاجتماعي بعد العلاج دليلاً على ذلك التقسيم.
4. لم توجد هناك أبحاث مقارنة تؤكد الفعالية النسبية للفنيات العلاجية السلوكية المختلفة في علاج الخوف المرضي من المدرسة عند الأطفال.
5. بما أن طرائق العلاج السلوكية قد أصبحت أكثر تعقيداً، فإن العديد من المعالجين قد طوروا قاعدة عريضة من الاستراتيجيات التي توظف مزيج من التقنيات السلوكية المختلفة، إضافة إلى ذلك فقد اعترف بعض الباحثين أنه يجب التعامل مع العديد من العوامل خارج نطاق واجهة العلاج السلوكي،

لذلك أصبح من الصعب جداً معرفة أي العناصر والحقائق العلاجية أساسية، وأي منها ثانوية، وأي التقنيات أكثر فعالية، وما الظروف التي تستخدم فيها.

ويبدو من كل هذا أن البحث عن تقنية سلوكية محددة أو مجموعة تقنيات تلائم كل الحالات أمر في غاية الصعوبة بسبب التعقيدات والمدى الواسع من القضايا المتضمنة في علاج الأطفال الخائفين من المدرسة، فهناك كل حالة مختلفة عن الآخر رغم وجود بعض العوامل المشتركة. إضافة إلى ذلك إن تخيل البرنامج العلاجي المقصود وشخصية المعالج، ومكان العمل (مستشفى أو المدرسة أو عيادة خاصة) غالباً ما يحد من اختيار الطريقة المناسبة ؛فالمعالج الذي يعمل في عيادة نفسية خاصة للأطفال وتغطي منطقية جغرافية واسعة، قد يجد إجراءات خفض الحساسية المنظم أمراً مستحيلاً، بسبب ضغوط العمل التي تفرض عليه وواجبات أخرى. والأساليب الواقعية في العلاج قد يكون من الصعب على المعالج استخدامها والإشراف عليها إذا كان يعمل في موقع بعيد عن منزل الطفل. بالاضافة إلى ذلك هناك بعض المعالجين الذين ليس لديهم خبرة كافية بأساليب العلاج السلوكي لا يستطيعون خلق المشاهد المتخيلة وفي هذه الحالة فإن أسلوب خفض الحساسية المنظم المصاحب للتخيل لايتم التمكن من تطبيقه، رغم ذلك فإن هناك بعض الأساليب التي تم تجريبها قد تكون مفيدة للطفل الذي يخاف من المدرسة نذكر منها:

1. تعزيز الأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة بشكل معتدل وبغير قصد من قبل الأبوين أو المعلمين وبسرعة، فإن تقنيات بسيطة مثل: العلاج التوافقي والعلاج التعاقدي قد يكونان ذا فعالية عالية، مع وقت وجهد قليلين نسبياً أثناء فترة تطبيق البرنامج العلاجي.
2. الحالات الأكثر اضطراباً والتي هي مشكلات إضافية غير ظاهرة رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة، فإن أسلوب خفض الحساسية المنظم في الواقع والخيال مدموجاً بتقنيات أخرى ثبت فاعليتها في علاج مثل هذه الحالات. ويبدو من ذلك، أن هناك دليلاً قوياً يمكننا من القول بأن الطرائق أو الأساليب العلاجية

التي تتضمن أسلوب الإفاضة أو الغمر يجب أخذها بعين الاعتبار كأول خيار علاجي لغالبية الحالات التي تعاني من الخوف المرضي من المدرسة، وأن الأساليب العلاجية القائمة على فنية التدريب على المهارات الاجتماعية، والعلاج السلوكي الإدراكي لم يلق الاهتمام الكافي لدى الباحثين الذين تناولوا علاج الخوف المرضي من المدرسة.

ثالثاً: العلاج المعرفي Cognitive Therapy:

إن أصحاب هذا الأسلوب في العلاج يفضلون المنطق على النصيحة، لذلك يؤكدون على المنطق والظروف الجارية للتعامل مع الصعوبات السلوكية التي يعاني منها كثير من الأطفال وخصوصاً حالات رفض الأطفال الذهاب إلى المدرسة، كما أن هذا الأسلوب يؤكد على التعليم أكثر من القبول غير المشروط للعلاجات غير الموجهة client centeral therapy أو العلاج غير المباشر Now – directive therapy.

رابعاً: العلاج بالواقع Reality Therapy:

يُعدّ "جلاسر "Glasser أول من تحدث عن هذا النوع من العلاج حيث وصفه بالقول: لكي نكون جديرين بالاحترام يجب علينا الالتزام بمعيار سلوكي نرضى عنه، ولكي نفعل ذلك يجب أن نتعلم أن ننصح أنفسنا عندما نرتكب الخطأ، وأن نعزز أنفسنا إذا ما فعلنا الصواب. وإذا لم نقيم سلوكنا أو إذا لم نعمل على تحسينه، فإننا لن نشبع حاجاتنا وبالتالي لن نكون جديرين بالاحترام، وسوف نعاني بشدة نتيجة لذلك من الضغوط، كما يحدث عندما نفشل في الحب. إن الأخلاقيات والمعايير والقيم أو السلوك الصحيح والخاطئ، ترتبط كلها بشكل وثيق بإشباع حاجاتنا لتقدير الذات، وتعدُّ جانباً ضرورياً في العلاج بالواقع.

(85 ،44)

كما يرى جلاسر أيضاً أن مراحل العلاج بالواقع تبدأ بـ:

1. تحقيق الاندماج الإنساني بين المعالج والمتعالج.
2. مساعدة المتعالج على تحقيق حاجاته في العالم الحقيقي.
3. مساعدة المتعالج على تحسين قدرته ورغبته في أن يعيش على نحو أكثر مسؤولية.

وفي حالة الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة فإن على المعالج أن يناقش عدم حضور الطفل إلى المدرسة، كذلك المظاهر غير المناسبة في سلوك الطفل، وأيضا التأكيد على نقاط القوة لدى الطفل لكي يساعده على الحضور إلى المدرسة بشكل منتظم. (58، 19 – 28)

خامساً: العلاج العقلي الانفعالي Rational Emotive therapy:

تعتبر محاولة "إليس Ellis" أكبر محاولة لإدخال المنطق والعقل في عملية العلاج، وقد بدأ أسلوب (إليس) في التطور عندما اقتنع بأن الخبرات المبكرة الخاطئة أو غير المنطقية تستمر، وأنها لاتنطفئ رغم عدم تعزيزها من الخارج ؛ لأن الأفراد يعزون هذه الخبرات المتعلمة بتكرار تلقينها داخلياً لأنفسهم وبأنفسهم حتى تصبح فلسفة لهم، ونظرة خاصة بهم تؤدي إلى رفض العلاج.

(8، 18)

إن أنصار هذا اللون من العلاج مقتنعون بأن الفكر المعرفي (العقلي) والانفعالي متداخلان مع بعضهما بعضاً بشكل قوي. أي أن الانفعال والتفكير ليسا منفصلين، فالانفعال يصاحب التفكير والانفعال في حقيقته تفكير منحاز ذاتي وغيرعقلاني. وعندما ينمو الأطفال فإنهم يتعلمون بالاعتقاد بأن بعض الأشياء جيدة، و بعضها الآخر سيئ وهذه الأشياء السيئة تعدّ سلوكاً مرغوباً فيه، كذلك اتجاهه وتفكيره نحو المدرسة سلبي وسيئ وغير منطقي. لذلك فإن المعالج النفسي

المؤمن بهذا الأسلوب يساعد الطفل الذي يعاني منالخوف المرضي المدرسة على أن يجعل تفكيره منطقياً وعقلانيا. ويتم إنجاز هذا من خلال حوار يساعد فيه المعالج الطفل على أن يفهم أن المعتقدات التي بدت له منطقية وطبيعية ذات مرة هي الآن غير معقولة وغير منتجة، والأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة يمكن أن يتعلموا التخيل النفسي من أجل تقويم موضوعي، لذلك فإن هناك عدداً من الاستراتيجيات يمكن استخدامها لإنجاز هذا الهدف أهمها: الإقتداء أو لعب الأدوار والنصيحة والبناء المعرفي (التخيل أو الإدراك النفسي) واستخدام المسرح لإظهار سخافة عدم الحضور إلى المدرسة.

(23 ،58)

سادساً: العلاج الدوائي:

وفي الجانب الآخر من العلاج النفسي لظاهرة الخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال هناك العلاج الدوائي أو الكيميائي ؛ إذ يعتقد أصحاب هذا التوجه في العلاج أن سبب الخوف من المدرسة هو التأثيرات الناتجة عن أورام في المخ، لذلك يرون بأن العقاقير الطبية والعمليات الجراحية لها أثر كبير وإيجابي وطيب في علاج مثل هذه الحالات. وقد قام "بوزنانسكي وآخرون"Poshomski etal ممن يتبعون هذا الأسلوب في العلاج المخاوف الاجتماعية المرضية وتجنب المدرسة، وذلك باستخدام عقار (هالوبيريدول Haloperdol) لدى فئات عمرية مختلفة، وذلك علىعينة مكونة من خمسة وعشرين طفلاً، بعضهم في سن المرحلة الابتدائية والقسم الآخر في فئات عمرية مختلفة.

أما الإجراءات التي اتبعها الباحثون مع أفراد هذه الفنية فكانت على النحو التالي: قام الباحثون بتقديم عقار (هالوبير يدول) لعينة البحث لمدة أسبوعين، وبعد ذلك تمكن الأطفال الذين يعانون الخوف من المدرسة من الذهاب إليها بصحبة آبائهم في البداية، وبعد أيام عديدةاستطاع الأطفال تأدية عملهم المدرسي دون خوف أو رهبة من المدرسة. واستخلص الباحثون من خلال نتائج الدراسة أن

عقار الهالوبيريدول قد يفيد في التخلص من أعراض الخوف المرضي من المدرسة، وأعراض المخاوف الاجتماعية.

كما تحدث" فرومر" Frommer (1967) عن الأعراض الجانبية المحتملة لعقار (فينوباربيتون pherobarpitone) والذي يوصف غالباً كمهدئ Sedative على الأطفال الذين يعانون من اضطرابات مزاجية، والأطفال الذين يخافون بشكل حاد من ترك أمهاتهم وبشكل خاص عندما يذهبون إلى المدرسة، حيث اقترح أن المرض الاكتئابي يحدث بشكل أكثر تكراراً بين الأطفال بشكل عام. وقد أوصى فرومر انه إذا كانت الحالة هي حالة اكتئاب، والقلق عرض من أعراض مرض الإكتئاب، عندئذ يتم علاج الحالة بمضادات الTكتئاب: مثل فينيلزين phenelzine، الناردبل Nardel مع (كلورديزيبوكسيد chlordiazepoxide وبناءً على ذلك فقد عالج فرومر (14) طفلاً بهذه الأدوية الموصوفة أعلاه، وقد كانوا من نموذجين مختلفين.

- النموذج الأول: أطفال يعانون من اضطرابات مزاجية.
- النموذج الثاني: أطفال من استجابات خوافية عند ترك أمهاتهم وذلك عندما يذهبون إلى المدرسة وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن (28) طفلاً من أصل (41) تحسنوا على مضادات الاكتئاب، إلا أن حالة واحدة فقط أظهرت تحسن طفيف باستخدام عقار Lephenobaerbito.

ما يؤخذ على هذاالنوع من الدراسات هو: عدم وجود مؤشرات تؤكد على سلامة تشخيص هذه الحالة بشكل دقيق، كما يغيب عنها في كثير من الأحيان المنهجية العلمية في اختيار العينة السريرية لكل طفل، إضافةلذلك أنها لم تقدمأية معطيات حول حضور الطفل إلى المدرسة، والتحسن في الأداء المدرسي. والأعراض المصاحبة لحالة الخوف من المدرسة عند عرض نتائج الدراسة. كما أن بعض الأدوية قد يكون لهاتأثيرات جانبية مؤذية على بعض الأطفال، تجعل من الصعب على الأهل والقسم الطبي في المستشفى القائم بعملية العلاج التخلص من

الأعراض الجانبية لهذا العقار، بالإضافة إلى ذلك فقد يتوقع الأهل أن مشكلة الطفل هي مشكلة صحية وليست مشكلة سلوكية أو انفعالية.

سابعاً: العلاج من خلال الإقامة في المستشفى:

يعدّ "وارين" Warren (1948) أول من دعا إلى علاج الطفل الذي يعانيالخوف المرضي من المدرسة في المستشفى كإجراء علاجي ذي قيمة، إذ رأى أن بعض الأطفال الذين تم علاجهم خارج المستشفى كان العلاجيسبب لهم مشكلات كبيرة، إضافة إلى هدر في الوقت، لذلك أكد على ضرورة علاج الطفل في المستشفى، والذي يعتمد بقوة على تعاون الوالدين وعلى قبول الطفل بالعلاج داخل المستشفى. ويعدّ هذا الإجراء مفيداً خاصة عندما تفشل الطرائق العلاجية البديلة، وعندما تكون البيئة المنزلية بحدذاتهاعامل مسبب للمرض ويعزز أو يحافظ على الاضطراب، ويعيق العلاج الفعال إضافة إلى ذلك فإن هناكفوائد كثيرة كما يرى هيرسوف (Hersov 1977) وغيره من العلماء في علاج الطفل الذي يخاف من المدرسة في المستشفى، ويمكن حصر هذه الفوائد بما يلي:

1. تهيئة الطفل لخبرات الانفصال: حيث يتم تشجيع الآباء لزيارة المستشفى بناء على اتفاق مخطط له سابقاً. وهذا من شأنه مواجهة الطفل بحقيقة مفادها أن المشكلة تكمن في المدرسة وليست في المنزل.
2. الدوام الكامل في مدرسة المستشفى يزيل القلق الثانوي المتراكم بشأن التأخر في أداء الواجبات المدرسية لدى الطفل، والنجاح الفوري في الحضور في مدرسة المستشفى يظهر للطفل بأن المشكلات والمصاعب التي كان يواجهها كانت متعلقة بمغادرة المنزل أكثرمنها بالذهاب إلى المدرسة.
3. بالإضافة إلى فوائد عامة تنبع من الموقف العلاجي (المكان الذي يتم فيه العلاج) مثل الفرصة في تطوير علاقات جديدة مع الأقران ومع الراشدين وأيضاً تعلم أساليب التكيف مع مواقف اجتماعية جديدة.

وقد قام "ويس وكن" Weiss & Cain (1964) بدراسة تضمنت (16) مرهقاً أدخلوا المستشفى لعلاج حالة قلق الانفصال لديهم، وكشف نتائج الدراسة ان من بين (14) حالة خرجت من المستشفى بعد تلقي العلاج فإن هناك طفلين فقط تحسنت حالتهما بشكل كبير و (8) حالات تحسنت بشكل معتدل وثلاث حالات تحسنت بشكل طفيف وحالة واحدة انتكست وعاد إليها الخوف من المدرسة بعد ستة شهور من خروجها من المستشفى، ولم تظهر أي تحسن بعد ذلك.

وهكذا يبدو أن ست حالات فقط أي (37.5٪) من أفراد العينة كانوا قادرين على العودة إلى المنزل، وواظبوا على الحضور إلى المدرسة بصورة منتظمة بعد فترة علاج طويلة في المستشفى.

ويتضمن العلاج في المستشفى فصل الأبوين عن الطفل أثناء فترة العلاج، مع السماح للأبوين بزيارة الطفل في المستشفى بشكل متكرر، خصوصاً في المراحل الأولى من العلاج، وهذا من شأنه أن يبعث الثقة لكل من الطفل والأبوين، كما يقدم أيضاً الكثير من التدريبات التي تساعد الطفل على التكيف مع خبرات الانفصال في بيئة داعمة مع تعزيز ثقة الطفل بنفسه، وهذا من شأنه أن يساعد على تقليل من حالة التوتر الناجمة عن الانفصال لديه. ويؤخذ على هذا الأسلوب أنه لم يميز بوضوح بين الحالات التي تستدعي العلاج خارج المستشفىأو تلك التيتستدعي العلاج داخلها.

ثامناً: العلاج الأسري:

إن طرائق العلاج الأسري تتجاوز العلاقة الثنائية للطفل والأبوين، لأن هذا اللون من العلاج يخاطب نظام الأسرة برمته، وعدّ الخوف المرضي من المدرسة على أنه دليل على أداء أسري خاطئ، لذلك فقد أشار " سكايز"لطريقته في العلاج والقائمة على العلاج النفسي للأسرة مجتمعةعلى أن المشكلة الرئيسة في وجود الخوف المرضي من المدرسة لدى الطفل هي فشل الأبوين في مساعدة طفلهم على

التخلي عن الاعتماد الشديد على الأم (الامتلاك القلقي للأم). لهذا فهناك مشكلة ثابتة بشأن انفصال الطفل وترك المنزل مع وجود علاقة لاحقة لديه لإسقاط العلاقة الحصرية (القلقة) بينه وبين أمه مع معلماته، وهذا أمر ممكن في المدرسة الابتدائية حيث يوجد معلم واحد للطفل في المدرسة وخصوصاً في المراحل الأولى من التعليم بينما لايمكن ذلك في المرحلة الثانوية بسبب وجود أكثر من معلم للطفل أو الطالب.

وقد أشار سكاينر skynner (1974)إلى أن الأطفال الخائفين من المدرسة يكونون محميين من تحديات الواقع من قبل أمهاتهم، وأن الأمهات لديهن علاقات تملك وقلق مع أمهاتهن. ومع مرور الوقت فإن تلك الأمهات ينقلن هذه العلاقة إلى أبنائهن.

ويتم التحدي الجوهري لذلك بـ:

1. إضعاف صفة التعلق المقلق في المرحلة الفمية لدى الطفل.
2. إضعاف لمشاعر التملك عند الطفل.

ويدعم النجاح في هذه المرحلة المبكرة الإنجازات اللاحقة والفشل في هذه المرحلة يخلق مشكلات وصعوبات في حل التناقضات الأوديبية وتناقضات أخرى.

ويرى"سكاينر" بأن الروابط داخل هذه الأسر تسير عموماً من الأب إلى الطفل، مع وجود علاقة ضعيفة بين الزوجين، وفي محاولة لحل هذه الصعوبات الواضحة يتم التأكيد على العناصر العلاجية التالية:

1. الأسرة بكاملها تكون متضمنة في العلاج، إضافة إلى أعضاء آخرين من العائلة إذا اقتضت الضرورة.
2. التأكيد على الحوار والمواجهة غير الشفوية للأبوين حول أسلوب العلاقة على المستوى الشعوري واللاشعوري المتبع بينهما، مع التركيز على التفاعل

الأسري في الوقت الحاضر، رغم أن الأحداث الماضية ربما تؤخذ بعين الاعتبار عند ما تظهر.

3. التركيز على العودة المبكرة للطفل إلى المدرسة.
4. إضعاف الرابطة بين الطفل وأمه، وتقوية الرابطة الزوجية، وذلك بتشجيع الأب لكي يأخذ دوراً أكثر فعالية وأكثر وضوحاً.
5. في الحالات الأكثر وضوحاً عند الأهل خصوصاً إذا تم شرح المشكلة لهم، فإنهم يفكرون بشكل جدي حول المشكلات الموجودة في الأسرة والتي تعدّ السبب الأول عن خوف الطفل من المدرسة، وبالتالي تستطيع الأسرة أن تنظم أساليبها وتحل المشكلة في ضوء ذلك. ولكن في الحالات التي يكون فيها الأبوين أقل تعاوناً أو غير قادرين على التكيف، فإن الدور الأبوي الغائب يجب أن يملأ من قبل المعالج أو بعض الأفراد الآخرين كالأخصائي الاجتماعي.
6. وعلى النقيض من الإجراءات العلاجية السريعة الأخرى، فإن "سكايز" يدعو إلى استعمال الأدوية للمساعدة في مرحلة المواجهة. بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الخجولين جداً يتم مساعدتهم عن طريق جعلهم يحضرون في مجموعات العلاج النفسي، بينما يتم مساعدة الأمهات على أن يصبحن أكثر استقلالية عن أطفالهن عن طريق مساعدتهم للحضور إلى جلسات العلاج النفسي الخاصة بالأمهات.

ويلاحظ من الأسلوب العلاجي هذا أن الخوف المرضي من المدرسة لدى الطفل يفهم على أنه مشكلة نفسية اجتماعية، لذلك يؤكد على دور الأسرة في مساعدة الطفل على المواظبة للذهاب إلى المدرسة من خلال حل الصراعات القائمة بين الوالدين والطفل، ويتجلى دور المعالج من خلال تقديم نظام قيمي واضح يحدد فيه طبيعة مسؤوليات الأبوين أثناء عملية العلاج.

8

قضايا تشخيصية وعلاجية

الفصل الثامن
قضايا تشخيصية وعلاجية

مقدمة:

إن الفصل الحالي سوف يبحث في القضايا والإجراءات المتضمنة في الإجراءات العلاجية والتشخيصية المدروسة في الفصول السابقة والتي تمثل نظرة مفصلة لطريقة العلاج السلوكية السريعة كما ذكرت سابقاً في دراسات "بلاج" (1981.1979.1977) والتي يتم الاستفادة منها في جمع المعلومات ذات الصلة. إن الطريقة العلاجية / التشخيصية مبنية بشكل أساسي على المبادىء السلوكية، ولكنها تتضمن أيضا الالتفات للعديد من القضايا المتعلقة بالمدرسة والأسرة والقضايا الشخصية أيضا.

إن هذه الطريقة يمكن تلخيصها وفقا للمراحل الأساسية الأربع المتضمنة والتي تناسب الصيغة التي وضعها "ميلروباريت وهامب" (1974) وهذه المراحل هي التالية:

1. تأسيس علاقات جيدة مع الطفل والأسرة والمدرسة.
2. توضيح الأحداث الحقيقية أو المتخيلة والتي سببت القلق.
3. خفض حساسية الطفل وإذا كان ضرورياً.
4. يجب أيضا خفض حساسية الأبوين والمدرسين وذلك من خلال تقنيات متنوعة ومن ضمنها النقاش والمزاح ولعب الدور والصور المثيرة.
5. مجابهة المواقف المخيفة وذلك من خلال إجبار الطفل على الحضور إلى المدرسة، بالإضافة إلى ذلك يتم التعامل مع العوامل الإجرائية المرتبطة بالمدرسة والمنزل من خلال النصيحة بالعلاج التوافقي في الأصل. إن العنصر التوضيحي يتضمن إجراءات حل المشكلات بصورة منهجية، بينما العناصر الأخرى تتضمن تطبيق مدى شامل أو واسع من التقنيات السلوكية المعدة

لتلائم احتياجات كل حالة بحد ذاتها. وفيما يتعلق بالأسباب، فإن نموذج الضغط المضاف المشار إليه في دراسة "يول وهيرسوف (1980) " قد وجد على انه مساعد بشكل خاص. إن الطفل سريع التأثير والذي يجابه سلسلة من القلق المتعلق بالمدرسة والمنزل. هذا القلق الذي نشأ لدى الطفل خلال فترة زمنية قصيرة يصبح قلقا أو متوتراً بشكل كبير مما يؤدي إلى أن تعزز وتبقي على نموذج رفض الذهاب إلى المدرسة، إن الغياب عن المدرسة يؤدي إلى تطوير عوامل ثانوية أخرى من شأنها أن تعزز وتبقي على نموذج رفض المدرسة.

1) التصورات المسبقة من جانب الأهل:

إذا وجد الطفل المثالي فانه يستطيع بشغف تقبل النصيحة والمساعدة، وعندما يطلب منه سوف يزود المعالج بكل المعلومات التي يحتاجها عنه، ويرحب بالأفكار الجديدة، ويشارك طواعية في الاقتراحات العلاجية، ويقبل بإشراك أي من المدرسين وأفراد الأسرة والأصدقاء الذين قد يساعدون في حل المشكلة ولكن لسوء الحظ فإنه من النادر وجود حالات خوف من المدرسة مثالية، أو أن هؤلاء ينتمون إلى عائلات مثالية أو مدارس مثالية لأسباب عديدة مفهومة. غالباً ما يسيء المدرسون فهم طبيعة صعوبات الطفل، وذلك لأن الأطفال الخائفين من المدرسة رافضون بشدة للعلاج، وآباءهم مترددون في طلب النصيحة وحل المشكلة.

في الواقع الأمر فإن هناك حالات عديدة تجبر على العلاج بسبب الضغوط الاجتماعية والقانونية المرتبطة بالحضور إلى المدرسة؛ وبذلك فإن العملاء غالباً ما يتعاونون مع المعالج بشكل سطحي، فقد يكونون راغبين في مشاركة المعالج بوجهات نظرهم وبمشاعرهم، وقد يقبلون باستراتيجية علاجية معينة دون غيرها. ولكن إذا حصل أي إزعاج لهم فإنهم يرفضون كل الخطط العلاجية المرسومة لهم، إلا أنه قد يقبل الحقائق النفسية، ولكن الحلول العلاجية غالباً ما تكون صعبة التنفيذ. إن المرض الجسدي يكون مقبولاً أكثر بكثير من المرض النفسي لذلك إذا لم يقدم طبيب الأسرة تبرير أو شرح طبي فإن الأهل أو الأبوين سيذهبان إلى طبيب الأطفال

طلباً للاستشارة، في هذه المرحلة غالباً ما يكون هناك تأخيراً طويلاً في الحصول على موعد، والانتظار حتى تظهر نتائج الاختبارات النفسية. إن عدم التأكد من تحديد الموعد قد يولد قلقاً زائداً ومشكلات ثانوية تظهر كنتيجة للغياب عن البناء المدرسي. وأخيراً فإن طبيب الأطفال قد يشير إلى ضرورة أخذ أو إرسال الطفل إلى طبيب نفسي، وفي غياب التفسيرات الجسدية للأعراض المكدرة للطفل، فإن الأبوين سينظرون إلى أسباب أخرى. هنا قد يتم النظر إلى المدرسة بعين ناقدة من جانب الأبوين. إن الأبوين الذين لم يكن لهما ذكريات سعيدة في أيام المدرسة أحيانا قد يسيئون التفسير أو يضخمون أو يشوهون صورة الأحداث الصغيرة. إن الاتصال الضعيف بين المعلمين والآباء يمكن أن يزيد من حدة المشكلة، وذلك بعدم تحدي سوء الفهم والإدراك بين الجانبين. إن القلق المرتبط بالمدرسة قد يتم تعزيزه عن غير قصد من قبل الأصدقاء والأقرباء والمختصين الذين يشاركون الأبوين مشكلتهم ولكنهم لا يملكون المعرفة الجيدة بالبيئة المدرسية.

في ضوء هذه الاعتبارات فإن القضايا التالية سوف تتطلب الانتباه والتركيز الشديد.

2) اسس الاتصالات جيدة بين فريق العمل الإرشادي:

هناك العديد من الوكالات يمكنها أن تشترك في تقديم المساعدة للطفل الخائف من المدرسة وهذه الوكالات تتضمن:أطباء الأسرة وأطباء الأطفال والأطباء والمرشدين النفسيين والمعلمون والعاملين الاجتماعيين، الموظفين المسؤولين عن تقديم الخدمات التربوية العامة، إضافة إلى علماء النفس التربويين. كل جهة من هذه الجهات تنظر إلى مشكلة الطفل من زاوية مختلفة وبالتالي قد يكون هناك تناقض أو تعارض في النصائح المقدمة للطفل. وهذا من شأنه أن يشوش الأهل ويجعلهم محتارين كيف سيتقدمون في علاج الطفل (بأية طريقة) ، بالإضافة إلى ذلك فإن هذا من شأنه أن يوفر فرصة للأهل الذين لا يرغبون في علاج طفلهم بإضاعة الوقت بين الاختصاصيين المختلفين ومحاولة التلاعب معهم والإيقاع

ببعضهم بعضاً. ولكن يمكن التغلب على هذه المشكلات إذا امتلك الأخصائيون معرفة مشتركة لحالة الطفل وعملوا سوية وفقا لاستراتيجية علاجية ثابتة ومشتركة وداعمة في نفس الوقت.

3) التأكيد على أخصائي واحد يتولى العلاج:

إن التعاون والاتصال بين الأخصائيين أن يعزز إذا عمل شخص واحد مع الأسرة والمدرسة معاً، وينسق هذا الشخص عملية إشراك باقي الأخصائيين عند الضرورة.

غالباً ما يكون علماء النفس التربويون هم المؤهلون أكثر من غيرهم للعب الدور الرئيسي في العلاج. إن التدريب الذي حصلوا عليه في المجالين العيادي والتربوي يمكنهم من تقديم العلاج الدقيق للطفل بالإضافة إلى معالجة القضايا أو الأمور المتعلقة بالمدرسة والأسرة، إن علماء النفس التربويين يمتلكون معرفة وثيقة بالمدارس في منطقتهم، لذلك فهم غالباً ما يعرفون البيئة المحيطة بالطفل قبل أن يتعاملوا بشكل فعال مع حالته.

4) استبعاد المشكلات الطبية قبل البحث في عوامل أخرى:

إن الأطفال الذين يخافون من المدرسة غالباً ما يتعرضون لأعراض جسدية مزعجة عديدة لذلك فمن الضروري استبعاد الأسباب الجسدية، أي علاجها بسرعة. وما لم يحدث ذلك فإن القلق المتعلق بالصحة الجسدية سيستمر مما يجعل العلاج أكثر صعوبة، وعلى كل حال فإن الخوف المرضي من المدرسة يمكن أن يتعايش مع مرض جسدي حقيقي. ومن الواضح أن المرض الجسدي الحقيقي يجب أن يعالج قبل أن يستطيع المعالج علاج الخوف المرضي من المدرسة. إن إضعاف الإصابة الفيروسية أو أي مرض آخر في بعض الأحيان يساهم في زيادة الخوف المرضي من المدرسة مما يجعل من الصعب معرفة متى اختفت المشكلة الجسدية ومتى بدأ الطفل يتجنب المدرسة وإن الارتباط الوثيق بين المعالج النفسي

والأخصائيين الطبيين غالبا ما يشار إليه أو ما يؤكد عليه، وذلك لتوضيح الوقت المناسب للبدء بمعالجة مشكلة الطفل الخائف من المدرسة نفسيا.

وإذا لم تُجر الفحوص الطبية يجب على المعالج النفسي أن يناقش الحالة مع طبيب الأسرة ناصحاً إياه بإكمال مشاركته في العلاج وأن يتأكد من الأبوين قد أخذا ابنهما من أجل القيام بفحص طبي له. ومن المفضل أن يكون الفحص الطبي خارج أوقات الدوام المدرسي وذلك قبل تحديد موعد زمني لمقابلتهما. إذا وجد الطبيب أن هناك أساس عضوي للأعراض التي تصيب الطفل يجب على المعالج أن يطلب توضيحاً من الطبيب حول المدة الزمنية التي يجب أن يقضيها الطفل خارج المدرسة وبعد ذلك يجب عليه أن يتابع حالة الطفل، فإذا وجد أن الطفل قد تحسن جسديا ومع ذلك إذا بقي الطفل يرفض الذهاب إلى المدرسة، عندئذ عليه ترتيب موعد مع الأهل بشكل عاجل.

5) البحث عن مكان آمن يوجد فيه الطفل بشكل دائم في المدرسة:

إن العلاج الناجح يعتمد بشكل كبير على التعاون الكامل لمعلمي الطفل الخائف من المدرسة. ومن المهم للمعالج أن تكون علاقته جيدة مع المدرسة، وأن يمتلك المعرفة الكاملة بالقضايا التربوية وذلك لكي يقيم بشكل واقعي مدى ملائمة المكان الذي يوجد فيه الطفل في المدرسة. وبشكل عملي فإن العديد من المعلمين يجيدون التعامل بشكل كبير مع مثل هذه الحالات، ولكن هناك قلة قليلة من المعلمين ممن يفضلون في إلقاء الحمل أو المشكلات الموجودة في المدرسة على مؤسسات أخرى خارج المدرسة. إن مواقف المعلم والمجموعة التي يوجد ضمنها الطفل الخائف من المدرسة، ومرونة البرنامج المدرسي، وتوفر المساعدة العلاجية، وهدوء غرفة الصف، وتوفر وسائل الرعاية للطفل داخل المدرسة، كل هذه الأمور وغيرها يجب أن تبحث وتفهم قبل البدء بمقابلة الأبوين والطفل.

6) القضايا التي تتعلق بسير العملية العلاجية:

غالبا ما يتطلب العلاج الناجح إعطاء أهمية كبيرة للتفاصيل، ومن المهم جداً جمع كل المعلومات الضرورية قبل مناقشة الخطة العلاجية. ولذلك يجب الاهتمام بالقضايا العملية التي من المحتمل أن تفسح المجال لجمع المعلومات أو أن تقيد عملية جمع المعلومات.

7) تقيمّ دافعية الطفل للعلاج:

قد تعطي خلفية المعلومات المقدمة من قبل المعالج وأعضاء فريق العمل العلاجي الآخرين دلالات مفيدة حول دافعية الأبويين والمعلم من أجل المساعدة، إذا تم إجبار الأسرة على طلب الاستشارة من قبل المدرسة والخدمات الاجتماعية أو المسؤولين عن الخدمات التربوية العامة وذلك بسبب تغيب الطفل الدائم عن المدرسة، فإن الأبوين عندئذٍ قد لا يرغبون في المساعدة أو قد يرفضون التعاون ويكون بالتالي موقفهم عدائي أو رافض للمساعدة. وعلى النقيض من ذلك فإن الأبوين الذين يوجد لديهم رغبة كبيرة لتقبل النصح والمساعدة قد يضغطون على المعالجة لإيجاد حل سريع لمشكلة ابنهم.

في الواقع إنك من المحتمل أن ترى مدى واسع من الآباء بدءاً بالآباء الرافضين وغير المتعاونين أبدا إلى الآباء المنفتحين والذين يرحبون بتقديم النصح والاقتراحات، إن بعض هؤلاء الآباء قد يكونون راغبين في التعاون ولكنهم يقاومون أو يصدون الخطط العلاجية لأنهم يخافون من أن العلاج قد لا يكون ذا نفع كبير ويخشون أن تزداد حدة المشكلة لدى أبنائهم. ومنذ البداية لابد للمعالج أن يثير مشاعر الأبوين وذلك بالاستماع الدقيق لما يقولونه بالإضافة إلى ملاحظة الدلالات الضمنية في العبارات التي يقولونها ونبرة الصوت ولغة الجسد.

8) السرعة في التدخل:

يجب المعالج أو المرشد النفسي التدخل بأقصى سرعة ممكنة، بينما الأحداث التي تقود إلى المشكلة جديدة في عقول كل فرد، القضايا والمشاعر ومن المحتمل أن تكون القضايا والمشاعر في هذه المرحلة أكثر انفتاحاً وسهلة المنال لغرض البحث، علاوة على ذلك إذا كان من الممكن علاج المشكلة مبكراً قد تكون هناك فرصة أقل لظهور عوامل ثانوية من شأنها أن تجعل العلاج أكثر صعوبة.

9) التوقيت ودرجة التقدم:

بما أن المشكلات المرتبطة بالخوف المرضي من المدرسة عادة ما تكون معقدة للغاية ودقيقة فإن جمع المعلومات بصورة منهجية تتناول كل الجوانب ذات الصلة بالمشكلة فهي مضيعة كبيرة للوقت. لذلك فمن الهام توفير وقت كبير في مرحلة التشخيص الأولى، إن تركيز العلاج في جلسة أو جلستين مطولتين يمكن أن تكون ذات فعالية كبيرة وذلك بتقليل الزمن المطلوب للجلسات اللاحقة. إن سلسلة من الجلسات القصيرة والمرنة والمتقاربة زمنيا يمكن أن تكون فعالة أيضا. إن كلتا الطريقتين تبلغ ضمنياً الأطراف المشتركة في علاج آني للمشكلة التي يتم التعامل معها بجدية وبسرعة وإن توفير الوقت الكافي وتوخي الدقة في العلاج يمكن أيضا أن يزيد الثقة عند المعالج ويسهل بناء العلاقة، والجلسات التشخيصية الأقصر وذات الوقت المحدد والتي تنتهي فجأة يمكن أن تعرض لمزيد من القلق مما يزيد من هيجان أو توتر العملاء أكثر من بداية المشكلة لديهم، علاوة على ذلك ربما يفهم العملاء على أن المعالج لديه اهتمام قليل بمشكلاتهم وهو فقط يقوم بعمله كأداء واجب لا أكثر ولا أقل. وأخيراً فإذا كانت الجلسات متباعدة زمنياً يمكن أن يحدث تأخير لا ضرورة لها في التخطيط لعودة الطفل للمدرسة. وطالما أن الطفل تحت العلاج، فإن الأبوين والطفل يشعرون بالأمان نتيجة لعدم التعرض للمشكلة الأساسية عند الطفل إلا وهي عودته إلى المدرسة.

إذا كان من الممكن عدم تحديد زمن معين للعلاج بشكل مثالي، فإنه يجب أن يخصص يوم كامل لمقابلة كل الأطراف المعنية بشكل منفصل وفي مجموعات، وبذلك فإن جلسات التخطيط العلاجية والتشخيصية يمكن أن تكونا مستمرتين.

10) مكان المقابلة:

إن استثمار جهد كبير في تنظيم المقابلات التشخيصية الأولى في المدرسة له أهمية كبيرة، إذا طلب الأبوان المساعدة يجب على المرشد النفسي التأكيد عليهم أنه ينبغي إحضار ابنهم إلى المدرسة حتى ولو بالقوة، في بعض الحالات يمكن للأخصائي الاجتماعي أو الموظفين في الخدمات التربوية العامة المساعدة في هذه العملية، ولكن طالما أن هناك إمكانية فمن الأفضل أن يترك الأمر لأفراد الأسرة لتنظيم مصادرهم الخاصة والتي تتضمن الأصدقاء أو الأقرباء عند الضرورة.

ويجب على المرشد النفسي أن يولي عناية كبيرة بتهيئة البيئة المدرسية، وذلك بأن يتم توفير مكتبين هادئين لإجراء المقابلات فيهما، وكذلك يجب التأكد من وجود المعلمين الأساسيين حتى يستطيعوا أن يتدخلوا أو أن يشتركوا في العلاج في الأوقات المناسبة. إن إحضار الأبوين والمعلمين والطفل معاً إلى الموقف الذي يسبب المشكلة، فيه العديد من الفوائد، نذكر من أهمها مايلي:

1. إن وجود الأطراف الثلاثة معا (الأبوين، المعلمين، الطفل) من شأنه أن يبلغ رسالة تفاؤل، فكأنما يقول المعالج إنه رغم الصعوبات يعدّ إحضار الطفل إلى المدرسة للمقابلة أمر عقلاني جداً. إن زيارة المعالج لمنزل الطفل أو إحضار الطفل إلى العيادة للعلاج كأنما يوحي بأن الطفل لديه مشكلة كبيرة لدرجة أنه لا يستطيع أن يعالج داخل المدرسة، وهذا من شأنه أن يعقد هذه المشكلة.
2. إذا استطاع الأبوان إحضار الطفل إلى المدرسة للعلاج رغم معارضته الشديدة فإن هذا تعتبر إشارة جيدة على أن الأهل راغبون بشدة في عودة طفلهم إلى المدرسة، وأنهم يستطيعون تطبيق إجراء المرافقة عند الضرورة.

3. إن وجود الأبوين في الموقف العلاجي يمكن أن يقدم لهم خبرة تعلم جيدة، وتكشف لهم مشكلات لم يكونوا قد توقعوها، هذه المشكلات يمكن أن تناقش مع المعالج فيما بعد.
4. قد تكشف عن معلومات بشأن هل مخاوف الطفل ناجمة عن قلق الانفصال والخوف من ترك المنزل أو الخوف من المدرسة.
5. إن مدى وشدة وطبيعة قلق الطفل المرتبط بالمدرسة يمكن أن يكشف النقاب عنه ويبحث بسرعة وذلك بغية إرضاء الأبوين.
6. إن سوء فهم المدرسة من جانب الأبوين يمكن أن يزال من خلال المناقشة، وبذلك لا يفكر الأبوان كثيرا" في الأمور الناجمة عن سوء الفهم أو الاعتقاد الخاطئ (إمكانية أن يكون للمدرسة دور في إيجاد الخوف المرضي عند طفلها) .
7. إذا تم توضيح المشكلات الخاصة بالطفل لدى الجميع، وذلك من خلال إصرارهم على عودة الطفل لمدرسته الحالية، عندئذ يمكن أن تصاغ خطة علاجية على الفور.
8. وفي بعض الأحيان قد يحضر الأبوان إلى المدرسة من أجل المقابلة ولكنهم لا يحضرون طفلهما معهم، إن السبب الكامن وراء عدم إحضار الطفل من قبل الأبوين يجب أن يبحث بدقة. إن بعض الآباء لا يستطيعون التعامل مع المزاج المشاكس والمسيطر لابنهم والتهديدات الشفهية والابتزاز العاطفي الذي يبديه الطفل. وقد يكون للأبوين مصلحة في الحفاظ على مشكلة الطفل. في هذه المرحلة يكفي أن نقول أن زيارة متابعة للطفل في المنزل لمقابلته مع إعطاء موعد لاحق في المدرسة وذلك للتخطيط لطريقة العلاج غالبا" ما تحل المشكلة. في بعض الأحيان قد يحتاج الأبوان إلى مساعدة خارجية وذلك لإحضار طفلهم إلى المدرسة.
9. أحيانا" قد تشير البيانات الاستشارية الأولى إلى أنه يتوجب على الطفل تغيير المدرسة، وفي هذه الحالة يجب على المعالج أن يقوم بزيارة للمدرسة لمناقشة هذا الأمر مع معلمي الطفل، بعد ذلك يجب أن يزور منزل الطفل لمقابلته مع أبويه، ومن ثم يقرر أين ينبغي أن يحضر الطفل (في أي مدرسة) . بعد ذلك

على المعالج أن يهيىء الأجواء في المدرسة الجديدة، ومن ثم دعوة الأبوين والطفل للحضور إلى جلسة مشتركة مع الطبيب النفسي والمعلمين مع الأخذ بعين الاعتبار مقابلة كل طرف من الأطراف بشكل منفصل (على انفراد) ، لأن هناك فوائد واضحة في إجراء مقابلات منفصلة مع الطفل والأبوين والمعلمين قبل إحضارهم جميعا" للمقابلة مع بعضهم بعضاً. ليست الأحداث التي تقود إلى المشكلة هي الأكثر أهمية، إنما الطريقة التي ينظر بها المشتركون في العلاج (الطفل، الأبوان، المعلمون) لهذه الأحداث هي التي يمكن اعتبارها الأكثر أهمية في العلاج. طبعا"من المحتمل أن الطفل والأبوين والمعلمين وكل طرف من هذه الأطراف لديه وجهة نظر مختلفة جداًعن وجهة نظر الآخر. كل طرف من هذه الأطراف قد ينتقي بعض الجوانب للمشكلة للحديث عنها وأيضا" يحاول أن يعظم بعض الأحداث، بينما قد يهمل بشكل كلي أحداثاً أخرى تبدو له أنها ليست ذات أهمية. إن المشكلة أو بالأحرى المهمة التي تواجه المعالج هنا هي أن يكون قادراًعلى استخلاص كل وجهات النظر المختلفة وذلك حتى يتم فهم مشاعر كل طرف من الأطراف المشتركة في العلاج.

غالباً ما يحاول كل طرف من الأطراف أن يجعل المعالج يميل إلى وجهة نظره هو، ويحاول قدر المستطاع إقناعه بأنه هو على صواب، وبالتالي يطلب من المعالج دعم موقفه والتأكيد عليه. يجب على المعالج قدر المستطاع أن يكون بارعاً في المراوغة بحيث يظهر لهذا الطرف أو ذاك أنه متعاطف معه، ولكن ليس بالضرورة أن يتفق معه بالرأي.

إن المقابلات التي تجري على انفراد تمكن المعالج من إقامة علاقات مع كل طرف من الأطراف، بينما الجلسات المشتركة لا تمكنه من ذلك. وغالبا" ما يكون التعاطف مع أحد الأطراف على حساب الآخر مزعجا" للطرف الآخر الذي يكون لديه وجهة نظر معاكسة، هذا قد يوحي بأن المعالج منحاز إلى طرف من الأطراف ولا يقوم بجمع المعلومات منهم بطريقة حيادية، وقد يسوء الأمر أكثر من ذلكويؤدي إلى عدم تعاون بعض الأطراف مع المعالج وإخفاء مشاعرهم الحقيقة

وعدم تقديم المعلومات الجوهرية. وحالما يحصل المعالج على صورة واضحة للأحداث الهامة، وكيف ينظر المشتركون في العلاج إليها، فإن الخيارات العلاجية يتم بحثها بدقة، وكل طرف من الأطراف يتم تهيئته بشكل ملائم للجلسة العلاجية المشتركة.

يوضع المعالج أحياناً تحت ضغط غير معقول للموافقة على وجهة نظر معينة للمشكلة وإذا حصل هذا يجب أن يستخدم المعالج اللغة المناسبة ويحرص على هذا، إذا حصل هذا يجب على المعالج أن يقول:"إنني أجد صعوبة في هذه المرحلة لكي أقرر الموافقة أو عدم الموافقة وذلك لأنني أحتاج إلى مزيد من المعلومات.... "

11) أسلوب المقابلة:

العملاء المختلفون (المتنوعون) لديهم توقيعات مختلفة من المعالج :فالآباء القلقون جداً والذين لديهم دافعية كبيرة للعلاج قد يرغبون في أن يلعب المعالج أو يأخذ دور الخبير الذي يقدم لهم حلولاً سريعة، وعلى النقيض من ذلك فإن العائلات التي تجبر على العلاج قد لا يعجبهم هذا الدور الذي يريد أن يلعبه المعالج، وفي هذه الحالة يجب على المعالج أن يفكر في كيفية أو أسلوب التعامل مع هذه الأسرة. إن هذا قد يعني تأسيس فهم مختلف جداً للمشكلة بالمقارنة مع وجهة نظر المرشد، وفي هذه المرحلة قد يكون من المناسب للمعالج أن يقول الكلام التالي:

"حسنا أنا أقدر امتعاضكم لرؤيتي، وأتفهم أنكم لم ترغبوا في طلب المساعدة مني ولكني بما أننا الآن سوية قد يكون من الأفضل لنا أن نبحث في سبب فرض الاستشارة عليكم".

في مراحل التشخيص الأولي تجمع الآراء على أنه من الأفضل أن يتبنى المعالج دور حيادي تماماً، حيث يجب عليه أن يعمل كباحث تجريبي متعاون، والعملاء يؤدون دوراً هاماً وفعالاً في توضيح المشكلات التي يعانون منها ؛ إن دور

المعالج كخبير وموجه واثق من نفسه في اتخاذ قراراته يمكن أن يدخل هذا الدور في مرحلة التخطيط للعلاج أو قبل ذلك إذا تطلب الموقف ذلك.

إن الانتقال من دور المعالج الحيادي إلى دور المعالج الخبير أسهل بكثير من الانتقال من دور المعالج الحيادي إلى دور المعالج الخبير أسهل بكثير من الانتقال بالعكس من دور الخبير إلى دور الحيادي ؛إذا فرض على المعالج الخبير أن يلعب دور الخبير في مراحل مبكرة من العلاج، عندئذ يجب عليه أن يقول للعائلة مايلي:

"أنا أدرك أنكم تريدون المساعدة بسرعة وأنا أتفق معكم بالتأكيد على أهمية هذا الأمر، ولكن نحتاج أن نجمع كل المعلومات ذات الصلة قبل أن نتأكد من كيفية المتابعة في العلاج".

12) خفض القلق:

إن الأعراض المزعجة المصاحبة للخوف المرضي من المدرسة غالباً ما تؤدي بالطفل والأبوين والمعلمين إلى دوامة من القلق، وفي الوقت الذي يتم اللجوء فيه إلى المساعدة الخارجية، يكون كل الأطراف المشتركة في العلاج متوترون ومتهيجون بشكل كبير، ومنذ البداية يحتاج المعالج أن يفكر في بناء علاقات يسعى من خلالها إلى تخفيض القلق المحيط بالمشكلة وإن الانتباه للنقاط التالية قد تبين أنها مفيدة للمعالج من خلال مايلي:

1. حاول أن تتعامل مع العملاء بأسلوب يظهر أنك لست متسرعا" أو على عجلة من أمرك. .
2. تمعن بدقة في كل القضايا المطروحة، وإن الانتباه للتفاصيل من الممكن أن يطمئن العميل، والعمل من خلال كل القضايا المتنوعة والمؤلمة يمكن من خلالها خفض الحساسية تجاه بعض المشكلات.
3. اسع دائماً إلى التوضيح إذا اقتضت الضرورة، على سبيل المثال:" لست متأكدا" من أنني فهمت ما تقصده. هل باستطاعتك أن تتكلم أكثر عن هذا الأمر؟"

وحاول أن تعيد شرح ما قاله العميل وذلك للتأكد من أن المعنى قد وصل إليك بشكل جيد، على سبيل المثال:" أنت إذا" تريد ان تقول كذا وكذا..".

إن هذا من شأنه أن يوصل رسالة إلى العميل أن ما يقوله مفهوم جدا" للمعالج أي لك وممكن هنا للعميل أن يصحح إذا وجد أن هناك سوء فهم من جانبك.

1. يجب عليك أن تساعد الأبوين على شرح المشكلات التي يعاني منها طفلهما على أنها مؤقتة ومفهومة من وجهة نظر التطور الطبيعي. اشرح لهم نموذج الضغط المضاف، وأشركهم في شرح كيف يمكن للخوف المرضي من المدرسة أن يتطور. وحاول أن تشجع الأبوين للنظر إلى الخوف المرضي من المدرسة على أنه خبرة تعلم بالنسبة للطفل وذلك بأن تقول لهم:" هناك أوقات عديدة في الحياة يمكن أن تكون صعبة على الإنسانوإنكم إذا ساعدتم طفلكما على تجاوز هذه المشكلة فإن هذا من شأنه أن يكون بمثابة تحضير للطفل لمجابهة الضغوط والتجارب الصعبة في المستقبل". وبالمقابل إذا لم يتم علاج الخوف المرضي من المدرسة فإن الطفل سيتعلم تجنب أية عقبة أو مشكلة تظهر له في مستقبل حياته بدلا" من مجابهتها وإيجاد حل لها.
2. حاول أن تساعد الأبوين على تقليل مشاعر الذنب التي قد يشعران بها تجاه أي تقصير بحق طفلهما، إن العديد من الآباء يلومون أنفسهم ويعتبرون أنفسهم سببا" في الصعوبات والمشكلات التي يعاني منها أطفالهم. إن بعض الآباء قد يقول: "السبب الرئيسي للصعوبات التي واجهت ابني هو أنا". عندئذ يبدو ضروريا" أن تتدخل وتقول للأبوين: "أنتم لم تتعمدوا أن تفعلوا ذلك فبالتالي لا داعي لكي تلوموا أنفسكم كثيراً". " هذا من جهة ومن جهة أخرى إن المشكلات التي عانى منها طفلكما ليست جميعها بسببكما ؛فالأطفال مختلفون مزاجيا" منذ الولادة، هناك من الأطفال من يولد وهو أكثر حساسية وعرضة للتأثر من غيرهم وإن هذه التبريرات العقلانية قد تساعد الأبوين على التخفيف من حدة مشاعر الذنب تجاه طفلهما.

3. كن مرحا" قدر المستطاع، فإذا كنت جديا" كثيرا" وتأخذ الأمور بمنتهى الجدية فإنك عن غير قصد ستساهم في تعزيز التوتر والقلق عند فريق العمل المشترك في العلاج، وعلى النقيض من ذلك إذا كنت مرحا" للغاية ودائم المزاح والضحك فإن هذا قد يوحي بأنك غير مهتم ولا تأخذ الأمور على محمل الجد، لذلك فالاستخدام الفعال والمدروس للمزاح يمكن أن يكون ذو فائدة كبيرة.

13) الأمور التي تتعلق بمحتوى العلاج:

إن الفصول السابقة قد ركزت على الشروط السابقة للعلاج، والأمور التي من المحتمل أن تعيق أو تعزز جمع المعلومات الكافية ذات الصلة وذلك للتخطيط للعلاج الفعال. إن هذا القسم سيركز أو سيلقي الضوء على أنواع الأسئلة التي تحتاج إلى البحث ونوع الأحداث التي من الشائع أن تثير أو تبقي على الخوف المرضي من المدرسة.

إن استخدام استمارة سجل الخوف المرضي من المدرسة يمكن أن تكون وسيلة فعالة لتسجيل المعلومات. ونموذج لهذه الاستمارة معروض في ملحق هذا الكتاب. لكي يتم الاستفادة بالشكل الأمثل من استخدام المقابلة الأولية مع الطفل وأبويه من المفيد أن تحصل على معلومات مفصلة مسبقة من المدرسة ومن المؤسسات الأخرى المشتركة في أمر هذا الطفل، وخلال مراحل جمع المعلومات، يحتاج الطبيب النفسي لتوضيح الوصف غير الواضح بشكل دائم، وذلك حتى يتم فهم كل القضايا والمشكلات ويتم القبول بها من قبل الأطراف المشتركة جميعها.

توجيهات وإرشادات:

يبدو من العرض الذي قدمناه عن الخوف المرضي من المدرسة لدى الطفل باعتباره يمثل إحدى المشكلات الرئيسة التي تشكل مصدراً من مصادر الضيق للعاملين في المدرسة والأسرة والطفل، وهذا السلوك الذي يظهر لدى الطفل

والمتجلي في رفضه الذهاب إلى المدرسة - نتيجة لأسباب كثيرة - متذرعاً بحجج وشكاوي بدنية في الغالب، سوف ينعكس هذا على توافقه النفسي والاجتماعي وتحصيله الدراسي إذا لم يعالج بشكل فوري.

إن المرشدين في المدرسة الابتدائية يجب أن يكونوا على وعي جيد بهذه المشكلة التي تبدو لدى بعض الأطفال في سني حياتهم الأولى، وخصوصاً في عمر المرحلة الابتدائية من التعليم، وذلك حتى يتعاملوا مع الطفل الرافض للمدرسة بشكل يساعدهم على العودةإلى المدرسة بشكل طبيعي.

أما الأمور التي يجب على المرشد النفسي المدرسي أن يأخذها بالاعتبار هي التالية:

أولاً: يجب أن يتلقى الطفل الخائف من المدرسة اهتماما مباشراً. فكلما بقيتالمشكلة لفترة زمنية أطول دون تدخل أومعالجة، كلما أصبحتمزمنة ومستعصية للحل، لذلك فعلى العاملين في المدرسة جميعهم بما فيهم المرشد النفسي المدرسي أن يكونوا يقظين للأعراض والعلامات الأولى للخوف من المدرسة مثل: التذمر الشكاوي الجسدية والغياب المتكرر.

ربما يلاحظ المربون والمرشد أن الطفل الذي يتغيب من (2ـ3) أيام في الأسبوع، ولكن الربط بين عمليات الغياب هذه والخوف من المدرسة يمكن الاتحدث إذا استطاع المرشد مراقبة أو ملاحظة هذه المشكلة، فإن هذا الأمر الذي يقوم به المرشد المدرسي يجنب الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة من مسائل كثيرة. لذلك على المرشد أن يقوم ببرنامج تدريبي مختصر كجزء من الاجتماعات السنوية التيتعقد قبل بداية السنة الدراسية، وأحياناً في منتصف السنة الدراسية لآباء الأطفال والمعلمين لتعريفهم بهذه المشكلة وكيفية التخلص منها.

ثانياً: وحسب رأي "فورست" (1969) فإن المعلمهو المفتاح لحل مشكلة رفض المدرسة لدى الأطفال الذين يعانون منها :فالمعلمون يجب أن يكونوا واعين بأن الجو المدرسي يجب أن يكون معززاً إيجابياًللأطفال من أجل التخفيف من مخاوفهم،

وخصوصاً مخاوف الانفصال عن الوالدين. ويجب أيضاً على المعلمين أن يشجعوا على أن يكونوا حازمين وصبورين ولطيفين عند الاحتكاك بالأطفال، من أجل أن يشعروا بالأمان في ظل هذا المناخ الدافئو الآمن، إضافة إلى ذلك فعلى المرشد النفسي المدرسي أيضاً انيساعد في ذلك من خلال تشجيع المعلمين على اتباع الممارسات التربوية الجيدة أثناء تعاملهم مع الأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة، وإقامة ندوات للمعلمين يشرحون من خلالها الأساليب التربوية والنفسية المناسبة أثناء التعامل مع الطفل، كما ينبغي عليه (أي المرشد المدرسي) أن يقوم بدور الاستشارة النفسية للآباء بخصوص سلوك أبنائهم الرافض للمدرسة.

ثالثاً: يجب على المرشدين أن ينتهجوا طريقة انتقائية لعلاج الخوف المرضي من المدرسة، وأن يكونوا مقتنعين بآراء كل الأفراد الذين لهم صلة بالطفل (المعلم والأب والأم) ، وأن يأخذوا هذه أراء بعين الاعتبار عند وضع المخطط العلاجي للطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة. أما أهم الإرشادات النفسية والتربوية للأسرة والمعلمين من أجل حل مشكلة الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة، فيمكن إجمالها في الآتي:

أولاً: ما يخص الأسرة:

1. إذا كان عصاب الطفولة هو الخوف المرضي بأشكاله المختلفة - كما يقول العلماء - فإنه ينبغي على الآباء فهم نفسية الطفل في مراحل نموه المختلفة، وتجنب تخويف الطفل بالمعلم أو بغرفة الفئران لأن هذا قد يؤدي في بعض الأحيان. إلى رفض الطفل كلياً الذهاب إلى المدرسة.
2. العمل على إكساب الوالدين لأطفالهم اتجاهات إيجابية نحو المدرسة، لأن في هذا الأمر مايساعدهم (أطفالهم) في تقليل حالات الغياب المتكررة عن المدرسة.
3. يقوم الآباء في بعض الأحيان دون قصد بتعزيز الخوف المرضي من المدرسة لدى أطفالهم من خلال الاهتمام الزائد بالأعراض المرضية المصاحبة للخوف من المدرسة، لذلك يجب على الآباء التوجه مع الطفل إلى الطبيب قبل أو بعد

الدوام المدرسي فقط، أما الذهاب إلى الطبيب أثناء ساعات المدرسة فقد يشجع هذا الأمر على تغيب الطفل عن المدرسة.

4. يجب على الوالدين التحدث مع طفلهما الرافض للمدرسة بغية تحديد مصدر مخاوفه والعمل على معالجتها بأسلوب علمي.

5. إذا لاحظ الأب أو الأم أن الأعراض المرضية التي يتذرع بها الطفل من أجل عدم رغبته في الذهاب إلى المدرسة على أنها أعراض غير حقيقية أو أعراض متوهمة (بناء على الفحص الطبي) فينبغي على الأبوين في هذه الحالة إجبار الطفل على الذهاب إلى المدرسة، لأن الطفل في بعض الأحيان قد يأخذ قلق الوالدين بشأن وضعه كتجنب مشروع يعزز رفضه للذهاب إلى المدرسة والبقاء في المنزل إلى جانبهم.

6. إذا استمرت المشكلة لدى الطفل لمدة ثلاثة أسابيع أو أكثر فيجب على الوالدين عرض الطفل الرافض للمدرسة على المرشد النفسي، لأنها ربما تكون مشكلة انفعالية بشكل حقيقي تستدعي التدخل السريع لحلها.

7. على الوالدين أن يهيأ الطفل للالتحاق بالمدرسة من خلال حديثهما عنها ويصحباه إليها عدة مرات عدة قبل بدء الدراسة، ويعرفاه على بعض الرفاق الذين سيذهبوا معه سوية إلى المدرسة وخصوصاً أطفال الجيران.

8. أن يبدي الوالدين أقل قدر ممكن من الاهتمام بالأعراض الجسمية التي يشكو منها الطفل الخائف من المدرسة إذا تأكدا من سلامته العضوية، لأن أية جرعة زائدة من العطف من جانب الأم القلقة قد تؤدي إلى تفاقم الأعراض.

9. ينبغي على الوالدين أن يكونا حازمين وصارمين في قرارهما بخصوص انتظام الطفل في الذهاب إلى المدرسة، وغير مدعمين أو معززين لأي سلوك يرتبط برفض الطفل الذهاب إلى المدرسة مثل: الشكاوي البدنية المختلفة التي يعبر عنها الطفل لحظة ذهابه إلى المدرسة، إذا كانا على يقين تام بسلامة ابنهم الصحية.

10. من واجب الوالدين معرفة قدرات وإمكانات أطفالهم، وعدم مقارنة أدائهم بأداء الآخرين، لأن هذه المقارنة قد تخلق عند أطفالهم شعوراً بالعجز، وضعف الثقة

بالذات، وهذان الأمران يعدان مناخاً خصباً لمخاوف الطفل من المدرسة وانخفاضاً في أدائهم التحصيلي.

11. إذا كانت البيئة الأسرية مستقرة من الناحية الاجتماعية والنفسية، فإنها تخلق عند الطفل شعوراً بالانتماء، وتعززثقته بنفسه وبالآخرين، لذلك يجب على الآباء الابتعاد عن الصراعات والخلافات مع بعضهم بعضاً داخل المنزل أمام الأطفال؛ لأن هذا يفقد الطفل ثقته بنفسه وبمن حوله، وهذا ما يعزز مخاوفه من البيئة المحيطة به.

12. يجب أن تكون سلطة الوالدين موجهة ومحببة لاسلطة مستبدة قائمة على القمع والتخويف، لأن السلطة القائمة على المحبة والود تخلق إنساناً آمناً قادراً على التوافق مع الظروف المختلفة

13. الاهتمام بتوعية الآباء بالمشكلات النفسية المختلفة التي يتعرض لها الأبناء، وكيفية التعامل معها، وذلك من خلال عقد الندوات وتوزيع النشرات الخاصة بذلك من قبل المرشد النفسي المدرسي في بداية كل عام دراسي. وهذا الإجراء من شأنه أن يصنع جسراً بين المدرسة والمنزل حماية للطفل من الوقوع في حبائل الاضطراب النفسي التي لا تحمد عقباه.

ثانياً: فيما يتعلق بالمدرسة:

1. وإذا كان مفتاح الحل لمشكلة الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة تكمن في المدرسة أو المعلم ـ كما ذكرنا سابقا ـ فإنه ينبغي أن تتوفر فيه الصفات الشخصية والمهنية والاجتماعية والنفسية التي تساعده على نجاح مهمته كمرب، وأهم هذه الصفات: الثبات أو الاتزان الانفعالي والشعور بالأمن وقدرته على تقبل التلاميذ ومعاملتهم معاملة حسنة وتكوين علاقة طيبة معهم في مناخ يسوده التقبل والثقة المشتركة.

2. الاهتمام بالإعداد المهني والأكاديمي للمعلم، والذي يساعده هذا الأمر على مواجهة المشكلات التي تظهر لدى الأطفال بطريقة حكيمة أو الكشف المبكرعن هذه المشكلات من أجل إحالتهم إلى المرشد النفسي المختص.

3. ينبغي على المعلم تجنب العقاب القاسي والشديد في السن المبكرة من عمر الطفل حتى يتجنب احتمال ظهور المخاوف التشريطية لدى الطفل تجاه المدرسة.
4. على المعلمين تزويد التلاميذ بالمواقف والخبرات التعليمية الصحيحة بأسلوب تربوي ونفسي مريح ومتناسب مع قدرات التلاميذ وميولهم التي عن طريقها تحبب التلاميذ بالتعلم، وبالتالي تزيد ثقتهم بالمدرسة التي ينتمون إليها.
5. جعل العلاقة بين الطفل والمعلم قائمة على الحب والود والتعاون؛ لأن الطفل بحاجة إلى الحب والانتماء والأمان بقدر حاجته لرغيف الخبز وخاصة في هذه المرحلة العمرية بالذات.
6. الاهتمام بالصحة النفسية والتربوية لأطفال المدارس الابتدائية، وذلك عن طريق الأفلام والمناهج المبسطة ـ البعيدة عن الحشو والتكرار، بهدف تعريف الطفل بالعادات والسلوكيات السليمة، مع تعريفهم بالمشكلات التي قد يتعرضون إليها في هذه المرحلة العمرية، والعواقب الوخيمة الناجمة عن هذه المشكلات.
7. ينبغي على المدرسة تأمين سجلات ملاحظة (بطاقات ملاحظة ـ خاصة بكل تلميذ، وهذه السجلات تعنى بمسائل الصحة النفسية والتربوية لكل تلميذ من تلاميذ المدرسة بهدف مساعدة المرشد النفسي في المدرسة على تحديد بداية ظهور المشكلة، على أن يتم تغذية كل سجل بالمعلومات عن طريق: المعلم، الأقران، الأخصائي الاجتماعي، الوالدين، المرشد النفسي.
8. ينبغي على المربين جعل جو المدرسة والفصل الدراسي جواً اجتماعياً محبباً للتلاميذ يسوده الحب والمشاركة، والحرية، والتعبير عن النفس، وذلك من خلال الأنشطة المدرسية المختلفة التي تهدف إلى مواجهة حاجات التلاميذ وإشباعها بالطريقة المثلى.
9. توفير الرعاية الصحية على مستوى النفسي والتربوي لتلاميذ المدارس الابتدائية وذلكمن خلال وجود المرشد النفسي المدرسي في هذه المرحلة التعليمية أسوة بمرحلة التعليم الثانوي والإعدادي، لأن لكل مرحلة عمرية

مشكلاتها، ومطالبها، وحاجاتها، وإذا عرفنا أن هناك (5 ٪) من التلاميذ المدارس الابتدائية يعانون من مشكلات مختلفة ومن ضمنها المخاوف بأشكالها المتعددة أدركنا أهمية وجود المرشدالنفسي المدرسي في مرحلة التعلم الأساسي.

10. إنشاء العيادات النفسية الخاصة بمعالجة مشكلات الطلبة بالمراحل التعليمية المختلفة على أن تقوم وزارة التربية وكليات التربية بالإشراف على هذه العيادات أو المركز الإرشادية، بحيث تهدف هذه المراكز الإرشادية إلى تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية للأطفال ووضع الحلول المناسبة لمشكلاتهم المختلفة.

ثالثاً: المرشد النفسي المدرسي:

1. تشجيع الوالدين على ضرورة إجبار الطفل على الذهاب إلى المدرسة مع التوضيح لهما أن مخاوف طفلهما ستختفي تدريجياً إذا عولجت العلاقات الاعتمادية بين الطفل ووالديه بشكل سليم
2. تجنب التركيز على الشكاوي الجسمية إذاكان الوالدين متأكدان من سلامة حالة طفلهم الصحية.
3. تشجيع الوالدين على رؤية الخوف من المدرسة كخبرة تعلم بالنسبة للطفل، لأن هناك الكثير من الأحداث في الحياة يمكن أن تعالج.
4. مساعدة الوالدين على عقلنة مشاعرهم التي يعيشونها، لأن بعض الآباء يلومون أنفسهم عن المشكلات التي تحدث لأطفالهم.

الملاحق
أدوات تشخيصية وتطبيقية

ملحق (1)
استمارة تشخيصية للخوف المرضي من المدرسة

الاسم: .... تاريخ المقابلة: ....

تاريخ الولادة: .... باليوم............... الشهر.............. السنة: ....

المدرسة: .... الصف: ....

العنوان: .... رقم الهاتف (إن وجد): ....

وصف المشكلة والصعوبات المتعلقة بها: ....

قصة ونموذج الخوف من المدرسة:

1) كم امتدت الفترة التي رفض فيها الطفل المدرسة؟

العدد بالأسابيع: ....

2) هل هذه المرة الأولى لرفض الطفل للمدرسة؟ نعم/ لا
3) هل هناك قصة حضور قليلةدون مبرر لرفض المدرسة؟ نعم / لا
4) هل هناك نوبات سابقة للخوف من المدرسة؟ نعم / لا
5) في أي عمر كان ظهور المشكلة للمرة الأولى؟ ....
6) كم عدد مرات الخوف من المدرسة التي عانى منها الطفل في الماضي؟............
7) الحضور التفصيلي المسجل للعام الدراسي الحاضر والعام الماضي؟............

....

8) هل هناك أي مظهر نظامي لنموذج حضور للمدرسة متعلق بقضايا مدرسية أو منزلية؟ نعم /لا

9) كم شدة الصعوبات السابقة وكيف تم حلها؟

10) هل بقي الطفل بعيداً عن المدرسة مع موافقة الوالدين في بعض المراحل؟

نعم /لا

11) عند عطلة المدرسة هل يبقى الطفل في البيت؟ نعم /لا

إذا أجاب الطفل بنعم:

من الشخص الذي يبقى معه؟ ....

وماذا يفعل؟..

أعراض مرافقة:

1) هل المحاولات لحضور الطفل إلى المدرسة أدت إلى:

أ. المعاناة بالشعور بالمرض بدون سبب عضوي واضح؟ نعم/لا

ب. البكاء والاحتجاج (الرفض)؟ نعم /لا

ج. علامات جسدية للقلق مثال: شحوب الوجه، الارتعاش، قيء، الهرب بشكل مفزع؟ نعم /لا

د. ثورات غضب مزاجية شديدة؟ نعم /لا

ه. نوم عام والاكتئاب؟ نعم/لا

و. لايوجد قلق وتضح؟ نعم /لا

2) هل يأكل الطفل بشكل طبيعي؟ نعم /لا

3) هل ينام الطفل بشكل طبيعي؟ نعم /لا

4) هل عادات التغوط طبيعية؟ نعم /لا
5) هل يبلل الفراش أو لديه مشكلات بوال متكررة؟ نعم /لا
6) إذاكان لدى الطفل أي شكاوى مرضية لاحظ الأعراض وذكرها بشكل مفصل...
7) هل يظهر لدى الطفل أي دليل لاضطراب سلوكي: كذب مستمر، التجول بعيداً عن البيت. السرقة. التحطيم. فعاليات جنسية غير مناسبة؟ نعم /لا

إذا أجاب الطفل بنعم:

شرح هذا الاضطراب الذي يشكو منه الطفل بالتفصيل..............................

....

قضايا طبية:

1) هل لدى الطفل أعراض جسدية؟ نعم/لا
2) هل تم استقصاء أعراض الطفل الجسدية بشكل دقيق؟ نعم /لا

إذا أجاب الطفل بنعم:

أ. هل الطفل لائق صحياً للمدرسة؟ نعم /لا
ب. ما المدة التي أعد فيها الطفل من أجل المدرسة؟ شهر أو أكثر
ج. هل نتائج الفحوص الطبية كاملة؟ نعم/لا
د. هل تم إتمام نتائج الاختبارات الطبية؟ نعم/لا

سلوك الطفل في المنزل:

1) في البيت، هل الطفل عادة: عنيد، حرود، متسائل، مطيع، مستكين، مكتئب، نائم، غير أنيس (لطيف المعشر)؟ اذكرذلك: ....

2) هل هناك أي انفصال معلق مع احترام لـ الأب – الأم – أعضاء الأسرة الآخرين؟ نعم/لا

3) إذا أزيل الضغط لحضور المدرسة، فهل يظهر سلوك الطفل في المنزل بشكل طبيعي؟ نعم /لا

4) هل يستطيع الطفل أن يمشي قريباً من بوابات المدرسة في الليل أو في عطلة نهاية الأسبوع دون أن يظهر أي علاقات للتوتر؟ نعم / لا

5) هل لدى الطفل اتصال طبيعي مع الأقران في الأمسيات، أو في عطل نهاية الأسبوع؟ نعم /لا

6) ماذا يحدث في كل صباح قبل ذهاب الطفل إلى المدرسة، صفه بشكل دقيق ....

تفاصيل القلق المتعلق بالبيت:

- مرض جسدي عقلي لدى: الأب، الأقارب المقربين جداً من الطفل، الأصدقاء، حيوان أليف.
- موت الأب – موت أحد الأقارب – موت أحد الأصدقاء
- اهتمامات صحية مع احترام وتقدير للطفل.

قضايا القلق الاجتماعي:

- الانفصال المفاجئ عن الأم.
- الانفصال المفاجئ عن الأب.
- الانفصال المفاجئ عن الأصدقاء الحميمين أو الأقارب (كما يحدث عند تغيير المدرسة أو البيت).

- عدم التوافق الزوجي (الأسري).
- ولادة طفل جديد.
- طفل أصغر في البيت يتطلب انتباه أكبر.
- أمور أخرى من فضلك حددها ...

قضايا متنوعة في البيت:

- حوادث (كحريق في البيت).
- قلق مادي.
- قضايا أخرى من فضلك حددها.

تفاصيل القلق المتعلق بالمدرسة:

- أن يكون الطفل منزعجاً أو معاقباً.
- أن يكون متأذياً من نشاطات رياضة.
- مرض أثناء الذهاب للمدرسة.
- قضايا أخرى من فضلك حددها.

قضايا القلق الاجتماعي في المدرسة:

- تغيير المدرسة.

هل حدث هذا من قبل .... نعم /لا

- الامتحانات — الاختبارات.

(أية مشكلات في هذا الخصوص)................................ نعم /لا

- تسميع في الفصل.................................... نعم /لا
- أن يكون الطفل منبوذاً من المدرسين........................ نعم /لا.

- يعمل أخطاء داخل الصف.................................... نعم /لا
- يكره مدرسين معينين............................ نعم /لا
- تغيير المعلم بمعلم آخر............................ نعم /لا
- الإغاظة في باحة المدرسة من قبل الرفاق....................نعم /لا
- الشعور بالوحدة في ساعات: الغداء، الفرص (الفسحة).......... نعم /لا
- الانفصال المفاجئ عن الأصدقاء (كتغيير المجموعة – الفصل – المدرسة) أو لكونه في مجموعة دراسية عالية المستوى أو في مجموعة دراسية منخفضة المستوى............................ نعم /لا
- الضجيج (بمعنى أن الطفل يتضايق من الأصوات العالية).............. نعم /لا

قضايا الرعاية المتعلقة في البيت:

1) هل الوالدان يعانيان بشكل مفرط من:

أ. شكاوى عضوية نفسية .... نعم /لا

ب. قلق بسيط متعلق بالمدرسة........................... نعم /لا

2) هل الطفل سعيد؟.. نعم /لا

أ. هل يتمتع الطفل بحرية شخصية أكبر في البيت؟..........نعم /لا

ب. هل يتلقى الطفل تهديدات خاصة عند انتهاء المدرسة؟...... نعم /لا

3) هل الأباء غير قادرين أو لايريدون أن يأخذوا الطفل إلى المدرسة؟
.... نعم /لا

إذا كانت الإجابة بنعم:

صف هذا الأمر بشكل كامل...

....

4) قضايا أخرى:

أ) قضايا الحماية (الرعاية) المتعلقة بالمدرسة:

1. هل مكان الطفل في المدرسة غير مناسب؟ بسبب:
2. رفض الإدارة. .... نعم /لا
3. وجود ندله لا يغلبه يكون له صعوبات مع المجموعة. ..... نعم /لا
4. صعوبات واسعة مع المنهج المدرسي. .... نعم /لا
5. يحتاج لأن يقطع مسافة غير معقولة للوصول إلى المدرسة.
.... نعم /لا
6. قضايا أخرى.

ب) العائلة: (البنية والعلاقات):

1. من الذي يعيش الطفل معه: الأم. زوج الأم. زوج الأب. مشارك لآخرين.
2. عدد الأخوة والأخوات: ذكور................. إناث: ....
3. الوضع في الأسرة: مستقر، عير مستقر.
4. هل للأسرة صلات وثيقة مع:

- جدته من جهة الأم. ( ) جده من جهة الأم. ( )
- جدته من جهة الأب. ( ) جده من جهة الأب. ( )

5. علاقات والديه (بين الأب والأم):

- علاقة جيدة ( ) — عدم توافق ( )
- طلاق ( ) — انفصال ( )
- أب يعيش وحيداً من خلال موت الزوج أو الزوجة نعم /لا
- يعيش الآباء المنفصلون قريباً من بعضهما. نعم /لا

6. هل يرى الأباء المنفصلون أو المطلقون بشكل:

- متكرر ( )
- من وقت لآخر ( )
- أبداً ( )

7. مظاهر مهمة أخرى:

عوامل متعلقة بالأم والأب:

1) ميزات الأبوين:

التكبر، الحماية الزائدة، عدم التأثير، عصبيين، قصة مرض عقلي، يشعر بالذ نب

متكيف بشكل حسن.

2) هل هناك حوادث ذات معنى في قصة الأم تشيرإلى:

فرط الحماية – فرط الملاطفة.

أ. هل الطفل المرغوب فيه بشكل كبير من قبل الوالدين؟.............. نعم / لا

ب. سيرة مرض مهددلحياة الطفل ....نعم / لا

ج. مصاعب في الحمل. ....نعم / لا

د. فقدسابق لطفل. ....نعم / لا

ه. مشكلات عقم سابقة ....نعم / لا

و. قصة اكتئاب بعد الولادة أو المشكلات نفسية أخرى............نعم / لا

ز. خبرات غير ملائمة في طفولة الأم الخاصة ....نعم / لا

ح. علاقة زوجية غير سعيدة. ....نعم / لا

ط. قضاياانفصال غير محلة بالنسبة لأبوي الأم ....نعم / لا

ي. ذكريات مؤلمة (للأم) من أيام المدرسة. ....نعم /لا

ك. خبرات انفصال مؤلمة.............................. نعم /لا

ل. أمور أخرى.

3) هل هناك حوادث ذات معنى في سيرة الأب لها تأثير على مصاعب الطفل ومصاعب عائلية أخرى. ....نعم /لا

أ. ذكريات مؤلمة (للأب) في أيام المدرسة. .... نعم /لا

ب. قصة غير ملائمة مع الأبوين ....نعم /لا

ج. متطلبات عمل شاق (ساعات عمل طويلة وغير نظامية، مكان العمل بعيد)

د. مشكلات زوجية.

ه. مشكلات طبية (صحية)

و. مشكلات أخرى.

دافع الأبوين لحل مشكلة خوف الطفل من المدرسة:

1) موقف الأبوين من رفض الطفل للمدرسة:

- غيرمهمتين ( ) – بالتعاطف مع الطفل ( ).
- قلق شديد ( ) – التقلب وعدم الثبات ( ).
- أمور أخرى.

2) هل الوالدان أو أحدهما راغبان في تلقي المسا عدة .... نعم /لا

إذا أجابوا بلا، فلماذا؟ ....

3) هل لدى الوالدين ثقة في المدرسة التي يدرس فيها طفلهما وبالقائمين عليها؟ .... نعم /لا

إذا أجابوا ب (لا) فلماذا؟ ....

4) هــل لــدى الوالــدين ثقــة في المدرســة الجديــدة والقــائمين عليهــا؟.
.... نعم /لا

5) هل هنـاك أحد من الأطفـال الآخـرين في الأسـرة قليلـي الحضـور في المدرســة؟
.... نعم /لا

6) ما الخطوات التي اتخذها الوالدان لحل المشكلة؟ ....

7) وما النتائج الناجمة عن ذلك؟ ....

8) هل هناك ضغوط أسرية إضافية، مثل:

- مرض عند الأم. الأب
- قلق مادي
- ضغوط عمل
- مشكلات مع الأطفال الآخرين، والأقرباء
- أمور أخرى.

المدرسة:

- رغبة الإدارة في التغلب على مشكلات التلميذ.
- موقف الإدارة تجاه مشكلة الطفل:

رمزية – واقعية – قلقة – غير ثابتة – غير متعاونة – رافضة – أمور أخرى.

- أي أعضاء هيئة التدريس الأكثر اهتماماً بحل مشكلات الطفل؟
- ما الخطوات التي اتخذها مدرسو الطفل لحل المشكلة؟

تنظيم المدرسة:

- من الشخص المسؤول في المدرسة؟.
- هل هناك ثبات في تغيير بيت الطفل أو مجموعة التدريب؟.
- هل يغير الطفل المجموعات من أجل موضوعات نوعية؟

الطفل:

أ) الميزات الشخصية والعقلية:

يضم على أساسه معلومات الاستبيان وتعليقات المعلم.

1. لاحظ السلوك في المدرسة والبيت.
2. لاحظ تفاصيل الذكاء.
3. تفاصيل الإدراك – مساحة القوة والضعف.
4. ميزات الشخصية.

ب) الموقف من الخوف المدرسي:

- هل يتقبل الطفل أن هناك مشكلة
- كيف نظرته لتجنب المدرسة
- هل استجابته معقولة لمتطلبات وضغوط غير معقولة؟
- كيف يشعر الطفل بالوضع وكيف يكون حله؟

التاريخ الدراسي:

- المدارس التي درس فيها............... التاريخ: .... المشكلات: ....
- حوادث ذات مغزى في الحياة الطفل.
- مشكلات أثناء الولادة.
- انفصال الأب والأم.
- مرض حقيقي.
- قصة خوف مر بها الطفل في السابق.
- قصة مشكلات نفسية جسدية – شقيقة – الربو .....الخ.
- معالجات سابقة ....
- الأخصائيون الذين تم استشارتهم...

- المعالجة والنتيجة...
- ملاحظات أخرى:

....

....

....

التاريخ: / / /

المرشد النفسي

ملحق (2)

استمارة المقابلة الإكلينيكية

(خاصة بالطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة)

أولاً: بيانات عامة:

اسم التلميذ: .... الجنس.................. العمر: ....

المدرسة: .... الصف.......................... الشعبة: ....

ثانياً: العلاقة بالوالدين: (الأسئلة بلغة الطفل)

- كلمني عن أبوك، هل هو بيعمل أم لا ؟
- كيف صحته ؟
- كلمني عن علاقتك مع أبوك؟
- ياترى كيف بعاملك أبوك بقسوة أم بحب واحترام؟.
- أمك بتعمل أم لا ؟.
- إذا كانت تعمل ما هو عملها ؟
- كلمني عن صحة أمك هل هي جيدة؟.
- كيف بتعاملك أمك في البيت بقسوة أم بحب وحنان؟
- يا ترى مين بتحس أنك قريب منه أكثر من الآخر أبوك أم أمك، ولماذا ؟

  ....

- ومين بتحس أنك بعيد عنه؟ ولماذا ؟ ....
- ياترى من هو القاسي عليك أكثر من الآخر، أبوك أم أمك؟ ولماذا ؟

  ....

- كيف ينظر أبوك إليك؟ هل أنت جيد في نظره أم لا ؟
- كيف ترى صورة والدك؟
- كيف تنظر أمك إليك؟ هل أنت طفل طيب في نظرها أم لا ؟
- كيف ترى صورة أمك؟ هل هي جيدة أم لا ؟

ثالثاً: الأخوة:

- كم عدد اخوتك الأولاد والبنات؟
- اذكرهم واحد واحد من الكبير حتى الصغير؟
- كلمني عن كل واحد منهم، مين فيهم بيشتغل ومين بيدرس؟
- في حد من أخوتك الأولاد أو البنات يبقى مريض كثير؟
- من هو الأخ الذي تحبه أكثر من الآخر؟ ولماذا؟
- مين ياترى من أخواتك الصبيان أو البنات بيتخانق معك أكثر؟
- ياترى كيف علاقتك مع اخوتك؟ كيف بيعاملوك، وكيف بتعاملهم في البيت؟..
- في حد من أفراد أسرتك بتضايق منه؟ ولماذا؟............................
- هل بتحس إنك مبسوط مع أهلك في البيت؟: ....

رابعاً: مفهوم الطفل عن ذاته:

- أريد منك أن تكلمني عن نفسك ....
- هل بتحس أن جسمك قوي مثل بقية الأطفال؟.............
- آيه اللي عايز تعمله لما تكبر (آيه تحب أن تكون لما تكبر)..............................

خامساً: المشكلات النفسية والصحية:

- هل حدث لك أمر سيئ بحياتك؟
- هل حدث أن مرضت ودخلت المستشفى؟
- آيه اللي بيخليك قلقان ومتضايق طول الوقت؟.
- هل هناك أشياء بتخاف منها؟
- ما هي؟

سادساً: الاهتمامات:

- ماالأ شياء اللي بتحبها أكثر من غيرها؟.
- عندما تكون في المنزل ما الأشياء اللي بتحب تلعب بها؟.
- من الذي ترغب أن تلعب معه من أصحابك أكثر الوقت؟ ولماذا؟.

سابعاً: النوم والأحلام:

- خبرني عن نومك، هل بتنام كويس أو لا؟.
- هل ساعات بتقوم من النوم مفزوع؟.
- هل هناك أشياء دائما تحلم بها؟
- هل هناكحلم معين بتحلم فيه؟.
- حدثني عن حلم بيتكرر في نومك كثير؟.

ثامناً: الخبرات المدرسية:

- كم عمرك لما ذهبت أول مرة إلى المدرسة؟
- كيف كان شعورك وأنت رايح أول مرة للمدرسة؟
- هل كنت بتحب تروح كل يوم؟
- كلمني عن علاقتك مع زميلك في المدرسة؟ في حد منهم بتخاف منه؟
- في حد من زمايلك بيضربك أو بيتخانق معك وأنت في المدرسة؟
- هل بتفكر كثير في البيت لما تكون في المدرسة؟
- آيه اللي بيخليك متضايق لما تكون قي المدرسة؟
- كلمني عن علاقتك مع المعلم... وهل هو كويس معاك أم لا؟
- ياترى آيه المواد اللي بتحبها أكثر من غيرها... ولماذا؟
- ما الأشياء الحلوة اللي بتحبها في المدرسة؟
- ما الأشياء غير الكويسة في المدرسة؟
- ياترى مين أكثر واحد بتحبه في المدرسة؟ ومين أكثر واحد بتكرهه؟

- متى بدأت تكره المدرسة.. ولماذا؟
- في أشياء بتمنعك من أنك تروح المدرسة ... آيه هيه؟
- كلمني من المسؤول عن مشكلاتك في المدرسة؟

ملاحظات أخرى:

....

....

المرشد النفسي

ملحق (3)

استمارة دراسة الحالة (خاصة بأم الطفل)

بيانات عامة:

اسم التلميذ.. العمر.................... الجنس: ذكر /أنثى

الصف الدراسي: .... المدرسة: ....

عمر الأم........................... عملها : .... المستوى التعليمي: ....

عمر الأب: .... عمله: .... المستوى التعليمي: ....

الأسئلة التالية تجيب عنها أم الطفل:

1) كم عدد الأولاد الذكور والإناث لديك؟ اذكريهم بالترتيب حسب ميلاد كل واحد منهم:

م	الاسم	الجنس	العمر	العمل /الدراسة/	مستوى التعليم	ملاحظات أخرى
1						
2						
3						
4						
5						

2) ما ترتيب طفلك الذي يخاف من المدرسة بين أخوته؟

الأول، الثاني، الثالث، قبل الأخير، الأخير.

3) ما المدة الفاصلة بيت كل حمل وآخر؟

سنة، سنتان، ثلاث، أكثر من ثلاث.

4) هل تعرضت لأية أمراض حادة أثناء حملك بهذا الطفل؟ نعم / لا / أحياناً
5) هل كان الحمل بهذا الطفل مرغوباً به من قبلك ومن قبل الوالد؟ نعم /لا
6) هل جاء الحمل بهذا الطفل بعد عقم طويل؟ نعم / لا /
7) كيف كانت طبيعة الولادة بهذا الطفل؟ طبيعية، عسرة
8) أين تمت الولادة؟ المنزل، المستشفى
9) هل مررت بأية مشكلات صحية بعد الولادة؟ نعم / لا
10) ما الطريقة التي اتبعتها في الرضاعة طفلك؟ طبيعية، صناعية
11) ما المدة التي ترضعي بها أطفالك في العادة؟ سنة، سنتان، أكثر من ذلك 12.
12) ما الطريقة التي تتبعينها في فطام أطفالك عادة؟ بشكل تدريجي، بشكل سريع
13) ما الطريقة التي اتبعتيها في فطام هذا الطفل؟
14) هل هناك أحد من الأقارب يسكن معكم في المنزل؟ نعم/لا

إذا كانت الإجابة بنعم اذكري:

الاسم	العمر	الجنس	درجة القرابة	المهنة	مستوى التعليم

15) هل حدث وأن حصل في الأسرة أو أقرباء الأسرة حالة وفاة في الفترة التي بدأ يشعر فيها الطفل برفض المدرسة؟ نعم /لا

16) هل عانى الطفل من أية أمراض أو حوادث مؤلمة أثناء فترة الرضاعة؟ نعم /لا

17) هل عانى هذا الطفل من أية مشكلات غير طبيعية في الأمور التالية:

- التسنين.
- الحبو.
- المشي.
- الكلام.
- ضبط عمليات الإخراج (التبول اللاإرادي).

18) إذا كان قد عانى الطفل من أية مشكلة من المشكلات السابقة: اذكري ذلك بالتفصيل.

19) هل اتسم سلوك الطفل في السنوات الأولى من حياته، وقبل الذهاب إلى المدرسة بـ:

- ثورات الغضب.
- البكاء الشديد لأتفه الأسباب.
- الحركة الزائدة (النشاط الزائد).
- الخجل والانطواء.
- العناد الشارد.
- نقص في الانتباه.
- الخوف الشديد من الأشياء الغريبة.
- الجلوس دائماً بقرب من يحبهم.

إذا كان قد عانى من أية سلوكيات السابقة، اذكري ذلك بالتفصيل ....

....

....

20) هل التحق الطفل بالحضانة؟ نعم / لا

إذا كانت الإجابة بـ نعم.

21) كم كان عمره؟

22) كيف كانت ردود فعله في اليوم الأول لذهابه إلى الحضانة أو الروضة؟ صفي ذلك:

....

....

....

23) كم كان عمره عند دخوله المدرسة الابتدائية؟..................................

24) كيف كانت استجابته للمدرسة؟

....

....

25) هل عانى من مشكلات نفسية أو انفعالية أواجتماعية في الأشهر الأولى من دخول المدرسة الابتدائية؟ نعم /لا

26) كيف كان ينظر إلى المدرسة، المدرسين، الأقران في السنة الأولى من المدرسة؟ صفي سلوكه تجاه الآخرين:

....

....

27) هل كان سعيداً في تلك السنة؟ نعم / لا

28) كيف كان مستواه الدراسي؟

29) متى بدأت مشكلة رفض المدرسة بالنسبة لطفلك بالظهور؟ تحدثي عنها بالتفصيل.

....

....

30) ماهي الأعراض التي كان يشكو منها؟ صفيها بالدقة.

....

....

31) كيف واجهت الأسرة هذه المشكلة لدى الطفل؟

32) كيف كانت استجابته لتلك الإجراءات المتخذة من قبل الأسرة للحد من هذه المشكلة؟..

....

....

33) ما هي الأوقات التي يقل فيها ظهور سلوك الرفض للمدرسة لدى الطفل؟

....

....

34) ماهي الأوقات التي يقل فيها هذا السلوك؟

35) هل لدى الطفل اخوة أظهروا سلوك الرفض للمدرسة والخوف منها من قبل؟

نعم / لا ....

36) هـل عـانى الطفـل مـن أيـة أمـراض قبـل ظهـور سـلوك الـرفض لديـه؟

.... نعم / لا

37) هل هناك أي مشكلات حدثت على الصعيد الأسري قبل ظهور سلوك الرفض للمدرسة من قبل الطفل؟ .... نعم/لا

إذا كانت الإجابة بنعم، اذكري تلك المشكلات والأحداث بشيء من التفصيل

....

....

38) عنـدما يـرفض الطفـل الـذهاب إلى المدرسـة هـل يبقـى في المنـزل طـوال اليوم............................ نعم /لا

39) 41ـ عنـدما يعـود الطفـل مـن المدرسـةبحجة أنـه مـريض، هـل تلاحظـي زوال الأعـــــراض المرضـــــية الـــــتي تـــــذرع بهـــــا؟

....نعم/ لا

40) في الإجـــازات والعطـــل، هـــل يبقـــى في البيـــت معظـــم الوقت؟...نعم / لا

41) مـن هـم الشـخص المتعلـق بـه الطفـل في المنـزل؟.................. ولماذا؟

....

42) ما هي الشكوى الدائمة التي يظهرها الطفل كل يوم قبل ذهابه إلى المدرسة؟

....

43) عندما يتم إجبار الطفل على الذهاب إلى المدرسة، فما هي العلامات السلوكية التي تظهر عليه؟ اذكريها:

....

....

44) إذا تمت الموافقة على طلبه بعدم الذهاب إلى المدرسة، فهل تزول الأعراض التي كان يشكو منها؟ .... نعم / لا

45) هل حدث وأن اشتكى الطفل من أمراض معينة قبل الذهاب إلى المدرسة، وتبين بعد الفحص الطبي أنه خال من الأمراض العضوية؟.............. نعم / لا

46) هل يتسم سلوك الطفل في أوقات خارج الدوام المدرسي بـ:

47) العناد، طيب المعشر، مطيع، مكتئب، متواكل، سلبي، عدواني

48) هل يستطيع الطفل السير بجانب سور المدرسة في أيام الإجازات والعطل دون أن يشعر بالخوف؟ .... نعم /لا

49) هل حدث وطلبتي منه، أو طلب منه أحد أفراد الأسرة المرتبط بهم أو المتعلق بهم البقاء في البيت بدلاً من الذهاب إلى المدرسة؟.................. نعم /لا

50) هل حدث وأن غير الطفل مدرسته أو صفه قبل ظهور أعراض رفض المدرسة؟ .... نعم /لا

51) هل جاء الطفل يشكو من أنه يخاف من بعض المدرسين في المدرسة؟ .... نعم /لا

52) هل جاء الطفل يشكو إليك من أنه يخاف من بعض الأطفال في المدرسة؟ .... نعم /لا

53) ما هي المواد الدراسية التي يحبها الطفل؟ ....

54) ما هي المواد الدراسية التي يكرهها في المدرسة؟ ....

55) هل يعاني الطفل من صعوبات في الدراسة؟ .... نعم /لا

56) هل ينام الطفل نوماً عميقاً ومريحاً؟ .... نعم / لا

57) هل حدث وأن صحى من نومه وهو مفزع بسبب حلم مر به؟ .... نعم / لا

58) حدثيني عن المناخ الأسري الذي يعيش فيه الطفل؟..........................

59) هل توجد صراعات وخلافات بينك وبين والده داخل المنزل، ويكون الطفل ملاحظ لهذا؟ ....

60) كيف يمكن وصف علاقة الطفل بك؟ ....

61) كيف علاقته بأخوته؟ ....

62) كيف يمكن وصف علاقته بأقرانه خارج المدرسة؟ ....

63) هل يخاف من أشياء معينة غير مسألة رفض المدرسة؟ .... نعم / لا

64) هل أحد من أخوته سلك هذا السلوك في السابق؟ .... نعم / لا

65) هل يوجد أحد في الأسرة يعاني من أمراض معينة (مزمنة)؟.............. نعم/ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل هذا الشخص متعلق به الطفل بشكل واضح؟

....نعم / لا

66) كيف ينظر الطفل إلى نفسه؟ ....

67) كيف ينظر إليك؟ ....

68) كيف ينظر إلى والده؟ ....

69) كيف ينظر إلى أخوته؟

....

....

70) كيف ينظر إلى مدرسته، أساتذته، رفاقه؟...

71) ماهي المشكلة الرئيسية التي يعاني منها الطفل برأيك؟.........

72) من المسؤول عن سلوك رفض الطفل للمدرسة برأيك؟ ....

73) ما هي الحلول المقترحة التي قدمتها الأسرة للطفل للتخلص من هذه المشكلة؟

....

74) كيف كان تجاوب الطفل مع هذه الحلول؟...

75) هل توقعات خوف الطفل حقيقية؟ وما الأسباب؟

....

....

76) ما هو رأي المدرسة في هذه المشكلة؟..

ملاحظات أخرى:

....

....

ملحق (4)

مقياس الخوف المرضي من المدرسة

بيانات التلميذ:

الاسم: .... العمر: .... الجنس: ....

اسم المدرسة: .... الصف (الفصل) الدراسي: ....

اسم الأب: .... عمله: .... مستواه التعليمي: ....

اسم الأم: .... عملها: .... مستواها التعليمي: ....

عدد الأخوة: .... ترتيبه: .... منطقة السكن: ريف /مدينة

تاريخ إجراء الاختبار: / / / الدرجة الكلية: ....

التعليمات:

في الصفحات التالية مجموعة من العبارات تتعلق بتكيفك داخل المدرسة وخارجها، والمطلوب منك مايلي:

أن تقرأ (تستمع إلى) كل عبارة من العبارات بشكل جيد، ثم تجيب عن كل عبارة بصراحة، ودون خوف أو خجل.

وأمام كل عبارة ثلاث إجابات يمكن أن تنطبق إحداها عليك:

- إذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة كبيرة، ضع علامة (/) تحت الخانة كثيراً.
- وإذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة متوسطة، ضع علامة (/) تحت الخانة أحياناً.
- أما إذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة قليلة، فضع علامة (/) تحت الخانة نادراً.

هذه العبارات ليست امتحاناً لك، ولذلك لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

- لا تضع أكثر من علامة (/) أمام كل عبارة.
- لا تترك أي عبارة دون أن تحدد موقفك منها.

ملاحظة: يمكن الرجوع للمؤلف للحصول على بيانات المقياس وطرق تفريغ وتفسير العبارات.

م	العبـــــارات	كثيراً	أحياناً	نادراً
1	بخاف أسأل المعلم أي سؤال في الصف.			
2	بخاف أغلط في الإجابة عندما يسألني المعلم في الصف.			
3	أتضايق جداً لما العطلة تنتهي.			
4	في الصف هناك أولاد بيجاوبوا غلط وغيرخايفين، ولكن لا أستطيع أعمل مثلهم.			
5	بخاف من مدير المدرسة لما يكلمني.			
6	بخاف من الامتحان حتى ولو كنت مستعداً له.			
7	يضايقني كثيراً بعض الأولاد الأكبر مني في المدرسة.			
8	يسخر مني الأولاد عندما لا أستطيع الإجابة عن سؤال بشكل صحيح.			
9	بخاف أتكلم مع أي حد من الأولاد في المدرسة.			

م	العبـــــارات	كثيراً	أحياناً	نادراً
10	بخاف من الرسوب في نهاية العام الدراسي.			
11	بخاف من والدي لما أخذ درجة سيئة في الامتحان			
12	بأبقى متضايق طول ما أنا موجود في المدرسة.			
13	اتضايق كثيراً لما أقرأ الدرس أمام الأولاد في الصف.			
14	اتجنب المعلم لما بنكون في الباحة			
15	لما بكون عارف الإجابة عن السؤال اللي طرحه المعلم بخاف ارفع أصبعي			
16	بخاف من المدير أو المعلم لما أذهب إلى المدرسة متأخر.			
17	اتضايق كثيراً لما يهزأني المعلم أمام الأولاد.			
18	أشعر أن الأولاد في المدرسة لايحبونني.			
19	بخاف كثيراً اللعب مع الأولاد أحسن ما يضربوني			
20	بفكر كثير بـ بابا أو ماما لما بكون في المدرسة.			
21	بحب كل يوم الصبح يطلع بسرعة علشان أروح المدرسة.			
22	بشرد كثير طول ما أنا موجود في المدرسة.			
23	بشعر بالخوف الشديد وأنا رايح المدرسة يحصلي أمر سيء.			
24	في المدرسة بحب أبقى لوحدي.			
25	تكون صحتي جيدة لما كل يوم الصبح أروح المدرسة.			
26	أحياناً بقول للمعلم أني تعبان وأريد أرجع البيت مع أني بكون غير تعبان.			
27	يزول الألم الذي كنت أعاني منه لما أرجع البيت.			
28	أشعر بالضيق لما كل يوم أروح المدرسة.			
29	أيام المدرسة بتكون شهيتي للطعام سيئة.			
30	بخاف أطلع اللوح (السبورة) لما يطلب مني المعلم			
31	بخاف من المعلمين الجدد اللي بيدخلوا المدرسة لأول مرة.			
32	لا أحب الذهاب إلى المدرسة.			
33	بخاف من الأولاد الأكبر مني.			
34	بخاف من المعلم لما أنسى الواجب المنزلي في البيت.			
35	قلبي بيدق بسرعة لما يقرب دوري في التسميع.			

م	العبـــــارات	كثيراً	أحياناً	نادراً
36	بحس برعشة لما أشاهد في التلفزيون أولاد في المدرسة.			
37	أشعر بالنشاط كل يوم أذهب فيه إلى المدرسة.			
38	لما يأتي أحد والدي إلى المدرسة أشعر برغبة بعدم تركه.			
39	كل ما أحاول كتابة الواجب المنزلي أحس بالصداع الشديد.			
40	أحس أني غير سعيد مثل بقية الأولاد في المدرسة			
41	لا أحب أن أذهب في الرحلات اللي بتعملها المدرسة.			
42	اتضايق جداً لما يسألني أحد الوالدين عملت آيه في المدرسة اليوم			
43	أحس برعشة في جسمي كل ما اقترب من صفي.			
44	أحياناً أدعي التمارض حتى لا أذهب إلى المدرسة.			

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

1) أحمدعبد الخالق (1994): الدراسة التطورية للقلق. حوليات كلية الآداب. الحولية الرابعة عشرة، الرسالة التسعون. جامعة الكويت. الكويت.

2) أحمد عكاشة (1992): الطب النفسي المعاصر. القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.

3) أندره لوغال (1988): القلق و الحصر. ترجمة: وجيه أسعد. دمشق. وزارة الثقافة

4) أوتوفينخل (1969): نظريات التحليل النفسي في العصاب. الجزء الأول. ترجمة صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية

5) أوتوفينخل (1969): نظريات التحليل النفسي في العصاب. الجزء الثاني. ترجمة صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

6) آنا فرويد (1974): الأنا وميكانيزمات الدفاع. ترجمة: صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

7) إيزنك (1969) الحقيقة والوهم في علم النفس. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

8) باترسون (1981): نظريات الإرشاد و العلاج النفسي. الجزء الأول. ترجمة حامد الفقي. الكويت. دار القلم.

9) ب ب وولمان (1985): مخاوف الأطفال. ترجمة: محمد عبد الظاهر الطيب. الإسكندرية. دار المطبوعات الجديدة.

10) ج ماكبريد (1960): الخوف. ترجمة: سيد محمد غنيم. القاهرة. دار الفكر العربي

11) جون بولبي (1991): سيكولوجية الانفصال. ترجمة: عبد الهادي عبد الرحمن. بيروت دار الشروق.

12) جاسم الكندري، راشد سهل (1992): الخوف المدرسي، رسالة الخليج العربي. العدد (40). الرياض. السعودية

13) حامد عبد السلام زهران (1977): التوجيه و الإرشاد النفسي. طبقة ثانية. القاهرة. عالم الكتب.
14) .... (1975): علم نفس النمو الطفولة و المراهقة. الطبقة الثالثة. القاهرة. عالم الكتب.
15) .... (1978): الصحة النفسية و العلاج النفسي. القاهرة. عالم الكتب
16) حسام الدين عزب (1982): العلاج السلوكي الحديث - تعديل السلوك. طبعة ثانية. القاهرة. مكتبة الأنجلوالمصرية.
17) دافيد شيهان (1988): مرض القلق. ترجمة: عزت شعلان. مجلة عالم المعرفة. العدد(124)، نيسان. المجلس الوطني للثقافة و الفنون والآداب. الكويت.
18) دافيدمارتن (1973) العلاج السلوكي و الظاهرياتي. ترجمة: صلاح مخيمر. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية
19) رياض العاسمي (1998): أثر العلاج النفسي المصاحب للتغذية المرتدة في خفض حدة اضطراب القلق العام لدى المترددين على العيادة النفسية. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة القاهرة. معهد الدراسات التربوية.
20) .... (1995): دراسة كلينيكية للبنية النفسية للأطفال الذين يعانون الفوبيا المدرسية في المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، معهد الدراسات التربوية.
21) .... (2001): عالم النفس المرضي: دمشق. مطبوعات الإدارة السياسية.
22) مخاوف الأطفال. دراسة تطورية (2002) قيد النشر.
23) ريتشارد سوين (1979): علم الأمراض النفسية و العقلية. ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة القاهرة. دار النهضة العربية.
24) سامية قطان (1980): كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية. الجزء الأول. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

25) . . . . (1982): الأمراض النفسية و العقلية في المعاجم و الموسوعات النفسية القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.

26) سيجموند فرويد (1989): الكف و العرض و القلق. ترجمة: محمد عثمان. الطبعة الرابعة القاهرة. دار الشروق.

27) سيبر جون انجلش، صير الدبيرسون (1958): مشكلات الحياة الانفعالية. ترجمة: فاروق عبد السلام وآخرون. القاهرة. دار الثقافة

28) شيفروميلمان وشاركز هوارد (1989): مشكلات الأطفال و المراهقين و أساليب المساعدة فيها . ترجمة نسيمة داود، نزيه حمدي. عمان (الأردن). مطبعة الاتحاد.

29) عبد العزيز القوصي (1975): الصحة النفسية. الطبعة الخامسة. القاهرة. مطبعة السعادة.

30) عباس محمود عوض، مدحت عبد الحميد (1990): الخوف المرضي من المدرسة – دراسة عاملية، مجلة علم النفس، العدد الثالث عشر، السنة الرابعة ص(42 – 63) القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

31) عباس محمود عوض (1990): قلق الانفصال لدى الأطفال . دراسة عاملية، في بحوث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر، الجزء الأول. ص: (97 – 107). القاهرة الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

32) عبد الرحمن عيسوي (1992): أمراض العصر ـ الأمراض النفسية و العقلية. الإسكندرية. دار المعرفة الجامعة

33) عبد الرحمن عيسوي (1990): علم النفس الطبي. الإسكندرية. منشأة المعارف.

34) عزيز حنا داود و آخرون (1991): الشخصية بين السواء و المرض. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

35) عبد الرحمن سيد سليمان (1988): دراسة مقارنة لأثر أسلوبي التحصين التدريجي و اللعب غير الموجه في تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية التربية.

36) .... (1994): الخوف المرضي من المدرسة في ضوء نظرية قلق الانفصال رؤية تحليلية نقدية، مجلة الإرشاد النفسي، العدد: الثالث، السنة الرابعة ص: (57 – 89) مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، كلية التربية.

37) .... (1996): الفنيات العلاجية السلوكية للمخاوف المرضية من المدرسة (عرض ونقد)، مجلة علم النفس، العدد: السابع و الثلاثون، السنة العاشرة، ص (140 – 162)، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

38) عبد المنعم الحفني (1995): الموسوعة النفسية. القاهرة. مكتبة مدبولي

39) عبد الستار إبراهيم و آخرون (1993): العلاج السلوكي للطفل، أساليبه ونماذج من حالاته، عالم المعرفة العدد (1980) المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب. الكويت

40) عبد الحميد عبد الرحيم (1965): مبادئ علم النفس التربوي. القاهرة مكتبة النهضة المصرية

41) فاروق أبو عوف(1982): رهاب المدرسة . العوامل المؤدية لظهور وأساليب علاج للتخلص منه. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

42) فايز قنطار (1994): الأمومة –نمو العلاقة بين الطفل والأم. عالم المعرفة، العدد (166)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. الكويت.

43) لويس كامل ملكية (1992): علم النفس الإكلينيكي . التشخيص و التنبؤ في الطريقة الإكلينيكية الجزء الأول. طبقة خامسة. القاهرة. الهيئة المصرية العامة للكتاب.

44) محمد شعلان (1979): الاضطرابات النفسية في الأطفال. الجزء الثاني. الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية. القاهرة.

45) محمد عبد الظاهر الطيب وآخرون (1982): التلميذ في التعليم الأساسي. سلسلة علم النفس المعاصر –أبناؤنا وبناتنا. الجزء الثالث. الإسكندرية. منشأة المعارف.

46) محمد قاسم عبدالله (2001) الصحة النفيسة للطفل.

47) مالك سليمان مخول (1997): الطفولة والمراهقة. منشورات جامعة دمشق.

48) ميخائيل يوسف أسعد (1986): علم الاضطرابات السلوكية والنفسية. دمشق. مكتبة النوري

49) ممدوحة سلامة (1987): مخاوف الأطفال وإدراكهم للقبول /الرفض الوالدي، مجلة علم النفس، العدد الثاني، ص (54- 6.)، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

50) محمد شيخ حمود (1993): الإرشاد النفسي المدرسي. دمشق. جامعة دمشق.

51) نعيم الرفاعي (1982): الصحة النفسية -دراسة في التكيف البشري. دمشق. جامعة دمشق.

52) .... (1982): العيادة النفسية -الاتجاهات المعالجة النفسية. الجزء الثاني. دمشق. جامعة دمشق.

53) نيفن زيور (1990) دراسة في سيكودي‍ناميات المخاوف لدى عينة من الأطفال، مجلة علم النفس العدد (16)، ص (22 – 37) السنة الرابعة. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

54) 54 ـ هيلين روس (1961) مخاوف الأطفال. ترجمة السيد محمد خبري، طبقة ثالثة القاهرة مكتبة النهضة المصرية.

55) هجوجي و آخرون (1998): الأطفال المشكلون. ترجمة: عدنان الأحمد و تاج السر عبد الله الشيخ – دمشق – دار مشرق – مغرب.

56) وليم الخولي (1977): الموسوعة المختصرة في علم النفس و الطب العقلي. مصر. دار المعارف.

57) يوسف عبد الفتاح (1993): مخاوف الأطفال ومفهوم الذات لديهم . دراسة مقارنة مجلة علم النفس، العدد (21) ص (72.62) السنة السادسة، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1) Andrew R. Brulle, Thomas c Mcin Tyre and julia s Mills (1985): School Phobia: its education implications, journal Elementary school guidance And couseling, Vol (20), Iss 1 pp. 19 – 28, (oct).
2) Balter lawrence (1995): Understanding kids Ladies, Home Journal, Vol (102), p. 114, (oct).
3) Berger I, etal (1969): School phobia: its classification and Relationship To Dependency, J, of child psychology and psychiatry, vol, (1.), pp. 61
4) Berg, I, etal(1992): Abcence from school and mental healht. british journal of psychiatry, vol (161) pp. 154 – 166
5) Blagg, N (1987): School Phobia and its treatment. croom helm, With Methuer in c, london.
6) Bernstein A. Gail And carriem Bor Chorolt (1992): Anxiety Disorders of child hood and Adolescee agritical Review Brunner Mazedel, Ln c Newyork.
7) Bernstein A Gail And Gar finkel, D. (1988) Pedigrees functioning and psychopathology in Families Of School Phobia
8) children American Journal psychitry vol (145) pp. 7.
9) broadwin, b. (1932) A contribution to the study of truancy. orthopsychiatry, vol(2), pp. 253-259.
10) Chazan, M. (1962): Schoolphobia, britishjournal of educational psychology, vol (32), pp. 2. 9 – 217.
11) Chapel, J. (1967): Treatment of a case of school phobia by reciprocal inhibition psychiatric, association journal, vol (12) pp. 25 – 28

12) Colette, J and Gerald Young (ed) (199.): Chilolren Rejetschool Views From Seven countries yaleuniversity press New haven And london.

13) Coober, m. g (1966a): School refusal: education reseach, vol (8), No(2), pp. 223 – 229.

14) Claelr broun (1986): Introdnctory psychology c. B. C. – Collage, P. 8. .

15) Davidson C Gerahd Etal johrm Neale (1982): Abnormal Psychology an Experimental Clnical approach johon wiley and sons New York.

16) Davidson, C. (196.): School Phobia as a manifestation of Family DisturbancE: its structure treatment, Journal of Child psychology and Psychiatry, vol (1-4), pp. 27. -287.

17) D avy, b (1960): The sources and prevention of mental, iii -healht in university s tudent. proc. roy. soc. med. 53(9) p. 26

18) Eysenck, H. J (196.): Behavior Therapy and the Neuroses Pergamon press, Newyork.

19) Francis g Last, G, Cynthia, Gretafrqncis &Michelhersen (1987): Separation anxiety And School Phobia: Comparison using D. S. M-111

20) GarVey, W. P & Hegrnes, J. r (1966): Desensitisation Techniques in the treatment of School Phobia. American Journal of orthopsychiatry. Vol, (36), pp. 147- 152)

21) Geat A Raie (1979): school refusal, Educational Research,8, 2. PP. 115-127.

22) Hampe edwintelligence Aard, etal (1973): A School Phobia. journal of school psychology, vol, (11-1), pp. 66 – 7

23) Hisa, H (1984)Struc tural &strategic a pproach to school phobia refusal, psychology in school, vol (21) pp, 36. -367
24) Jack, H. kahn and jean, p. nursten (1962): School Refusal: Acomprehensive View of School Phobia and ather failuresof Scool Attendance. American, J, of orthopsychiatry, vol (32) pp. 707 – 715.
25) Johnson, D. Adelaide (1941): School phobia, American JoUrnal orthopsychiatry. Vol (11-3), pp. 702 – 711.
26) James, Cocklee, l (1992):
27) Kelly, E, w (1973): School phobia, Areview Of theory and treatment psychology in the Schools, Vol (15), pp. 33 – 42
28) Kennedy, W. a (1987): Over coming fear of SchooL. U. s, news and world report, vol (103), p. 81 (sept).
29) levental, T, &Sills, M. (1964): Self-image in school phobia, american journal orthopsychiatry, 34, 4, pp. 658-659.
30) Leo kanne, R, etal (196.): Child psychiatry third - Edition Secand Printing, charles cthomus publisher, u. S. A. pp. 712 – 715.
31) Lentz kentz (1985): Fears and wOrries Of young children, as expressed in a Cantextual Play srtting, journal of child pychology- psychiatry, pp. 981 – 987.
32) Last, G, cynthia, gretafrqncis & Michelhersen (1987): Separation anxiety And School Phobia: comparison using d. s. m-111 criteria, American Journal psychology, vol (144) No (5) pp. 653 – 657.
33) Lall, G Ranie &. Lall, m. Bernard (1979): School phobia: its Real And growing, journal in structar, vol(89), No (2), pp. 96 –98, (Sept).
34) Martin Borclay(1981): Abnomal Psychology london.

35) Martin Herbert (1978): conduct Disorders Of child hood and adolescence, jahn wiley and sons, Newyork.

36) May, R. Jerry(1977): Behavior Therapy, Reno, Vol (8), n (2), pp. 15. – 159.

37) Marks, J. (1988): We have a problem, J, of Parents, vol (112) pp. 86-87, (sept).

38) Nessel raod, J. Stronider (1984): School refusel in young children, j, of, education international, june, u. s. west virginia.

39) Noel K free, et, al (1993): Separation arxiety I n panic disorder, American Journal psychiatry, vol (15.), N(4), pp. 595 – 6. 5. (Apr).

40) Rosenberg, J. (1993): When kids Say no to School. Good House keeping. Vol (216), p. 118.

41) Talbot M. (1957): school phobia, panic in school phobia, AmeRican Journal of Orthopsychiatry, Vol (27) pp. 286 – 295.

42) Segal ،J. (1986): Whenour Child fears school, parents, vol(61), p. 152(veb). 99

43) Steven ،C. Richardsandlawrence ،J. Siegel(1978): Behavioral treatment Of Anxiety States and Avoidance behaviorsim Children ،Gardener, Press. inc. New York.

44) Sigman ،B. Scott (1991): Theory and Its Application: A school phobia, New – Jerseey.

45) Sherman J and et, al (1985): School Phobia in amulti phobic famlily, child hood &Adolescent, Social Work journal, vol (2.), pp. 114 –124.

46) Sarason, I, g &Sarasonmb, r (198.)Abnormal psychology(3ed)newjersy. prentice-hall, inc

47) Tyerman, J Maurice (1969): Truancy. UnivErsity of london press, ltd.

48) Wold Fogel, Samuel John coolige and pauline, b. Hahn (1957): The Development meaqnag and management of School Phobia, American Journal of orthopsychiatry, vol (27), pp. 754 – 78. .

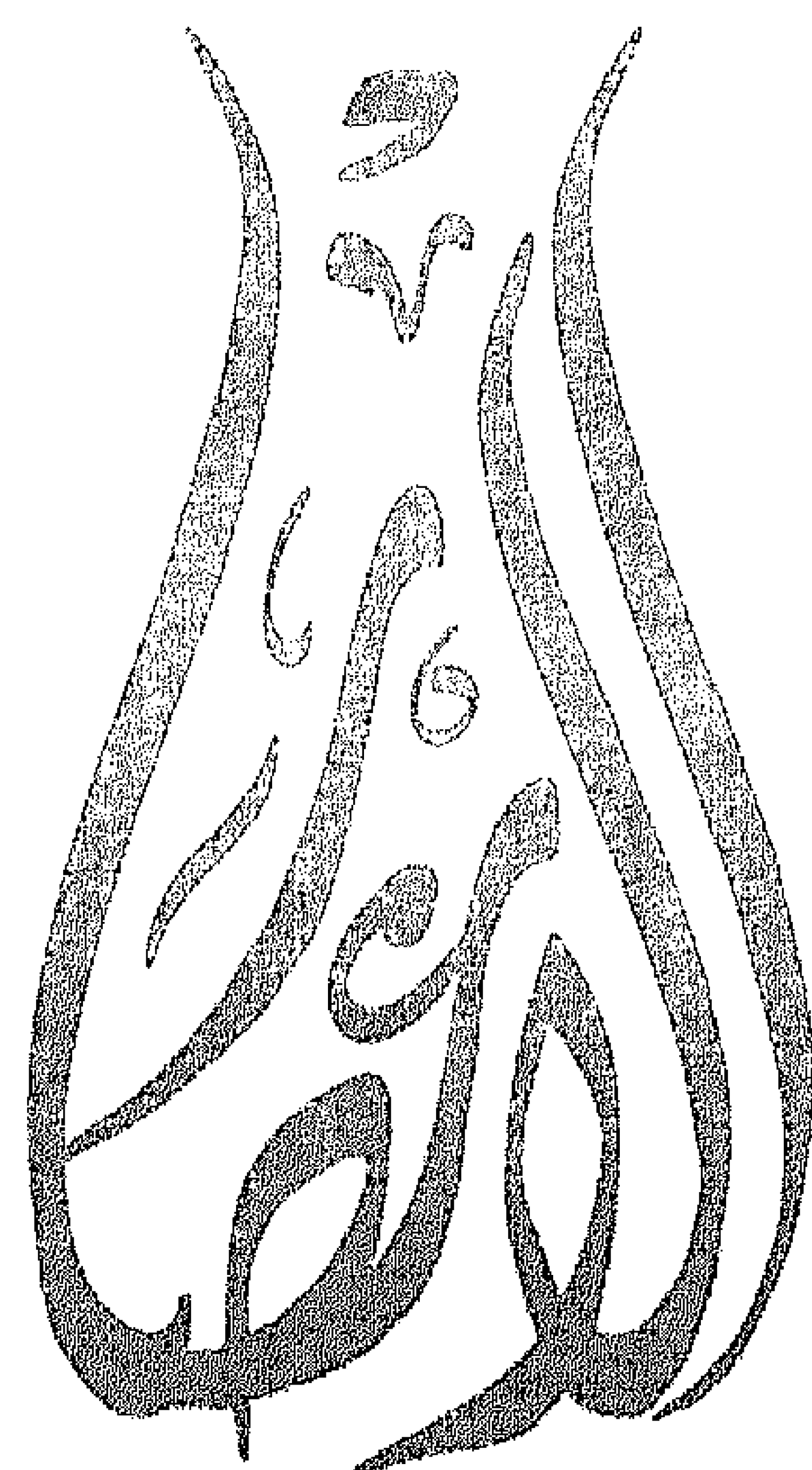
49) Wold fogel Samuel, Ellen Tessman and paUlin b Hahn (1959): A program for early in tervention in school phobia, a merican jourral of orthopsychiatry, vol (29), No (2), pp 324 –332, (Apr).

50) Wolfe B (1984): Gender Imperative separation Anxiety And agoraphphobia in Wowen Integrative psychiatRy, vol (2). No (2) pp. 57-61.

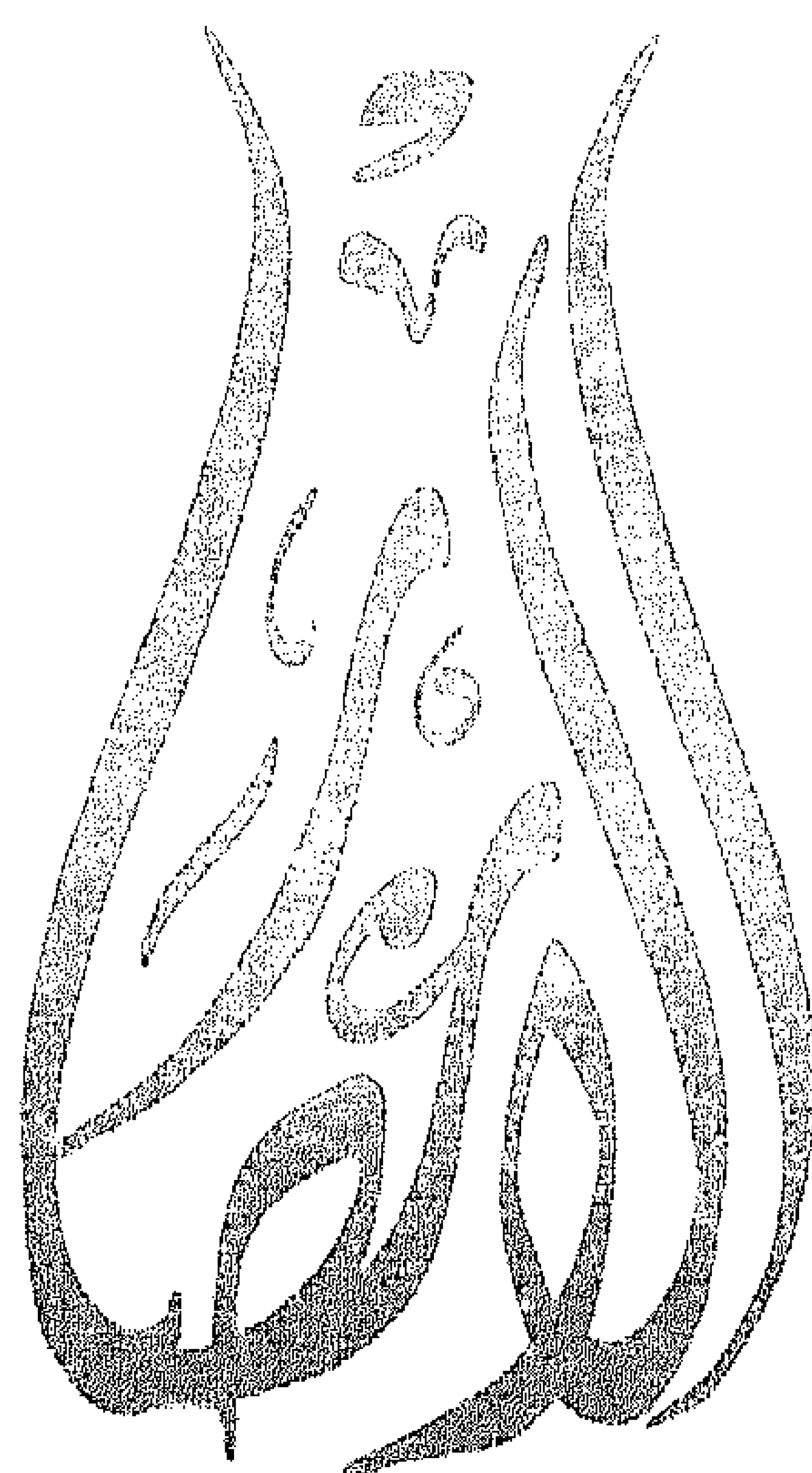
51) Yates, J. (1975): Behavior Therapy, Wiley, New York.

52) Yule, hersov, l, &treseder, j. (1980): Behavioural treatments of school refusal. john wiley.

53) Yule, W, &Blagg, N (1994): School Phobia. international handbook in children And adolescents, edited by thomas, h. New York. pp. 169 – 179.



للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع

سيكولوجية الطفل
الرافض للمدرسة







الأردن - عمان - وسط البلد - ش. الملك حسين - مجمع الفحيص التجاري

هاتف : 96264646208+ فاكس : 96264646470+

الأردن - عمان - مرج الحمام - شارع الكنيسة - مقابل كلية القدس

هاتف : 96265713906+ فاكس : 96265713907+

جوال : 00962-797896091

info@al-esar.com - www.al-esar.com


دار الاعصار العلمي



9 789957 586379